

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

**LES RÉPERCUSSIONS D'UN ÉVÉNEMENT TRAUMATISANT
SUR LES LIENS SOCIAUX**

MÉMOIRE

PRÉSENTÉ

**COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN TRAVAIL SOCIAL**

**PAR
DENISE COUTURE**

JUIN 2009

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de ce mémoire se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.01-2006). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

C'est de tout cœur que je remercie, d'abord et avant tout, les personnes qui ont accepté de participer à cette étude. Sans elles, cette étude n'aurait pas eu lieu. Un merci s'adresse également aux personnes et aux ressources qui ont pris soin d'afficher ma recherche afin que je puisse trouver des participants. Les amis et les collègues qui m'ont encouragée et aidée dans ma démarche de recherche, méritent ma gratitude.

Un mémoire de maîtrise ne se réalise jamais seul. Les rencontres avec mes superviseurs ont parfois été difficiles, mais elles m'ont permis de progresser et d'évoluer tout au long de mon projet de rédaction. À Suzanne Mongeau et à Yvon Lefebvre, mes directeurs, j'adresse mes remerciements. À Yvon, pour sa sensibilité, sa clairvoyance, sa bonhomie, son humour et sa façon spontanée de détendre l'atmosphère. À Suzanne, pour sa constance, son acuité, son souci du détail et sa force de caractère.

Un tendre merci s'adresse aux clients et aux patients qui m'ont accordé leur confiance et grâce à qui et pour qui, je me suis questionnée sur ma pratique en offrant le meilleur de moi-même.

Je dédie cet ouvrage à mon père bien-aimé et regretté.

Finalement, ce travail est aussi dédié à ma sœur que j'adore, en souhaitant que les mots se retrouvant dans cet écrit deviennent un baume sur son cœur.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ.....	vii
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE I	
PROBLÉMATIQUE	4
1.1 Le traumatisme	4
1.2 Le modèle américain et le modèle européen	6
1.3 Les liens sociaux et le soutien social	7
1.4 La spécialisation des interventions	9
1.5 La pertinence de l'étude et la question de recherche	11
CHAPITRE II	
CADRE THÉORIQUE.....	14
2.1 Diverses lectures du traumatisme	14
2.2 Les liens sociaux et le trauma	23
2.3 Les répercussions du trauma sur les liens sociaux.....	26
2.3.1 Répercussions négatives	27
2.3.2 Répercussions positives	30

CHAPITRE III

MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE 33

3.1 L'approche qualitative 33

3.2 L'échantillon..... 33

3.3 La méthode de collecte 35

3.4 Le traitement des données 37

CHAPITRE IV

PRÉSENTATION DES DONNÉES 40

4.1 Les récits d'expérience traumatique 41

4.1.1 Joëlle, en cohabitation..... 41

4.1.2 Jeanne rentre travailler..... 44

4.1.3 Marie en relation de couple 45

4.1.4 Jacinthe sort du métro..... 46

4.1.5 Pauline au travail 47

4.2 Les liens sociaux avant l'événement traumatique 49

4.2.1 Les liens au travail..... 49

4.2.2 Les amitiés..... 51

4.2.3 Les liens d'études 53

4.2.4 Les liens avec des groupes..... 53

4.2.5 Les liens avec des intervenants 53

4.2.6 Les voisins 54

4.2.7 Les liens familiaux..... 54

4.2.8 Les liens conjugaux 58

4.3 Les liens sociaux après l'événement.....	58
4.3.1 Les changements apportés sur les liens sociaux	58
4.3.1.1 Les répercussions négatives.....	59
4.3.1.2 Les répercussions positives	71
CHAPITRE V	
ANALYSE DES RÉSULTATS ET DISCUSSION	87
5.1 Les répercussions négatives sur les liens sociaux.....	88
5.1.1 La rupture sociale	88
5.1.2 La fracture de l'appareil psychique.....	94
5.1.3 Les émotions contraignantes.....	96
5.1.4 Les difficultés : la perte de confiance et la perte des repères.....	99
5.2 Les répercussions positives sur les liens sociaux.....	101
5.2.1 Le retour à soi	102
5.2.2 Les capacités de rebondissement	102
5.2.3 La reconstruction des liens sociaux	108
CONCLUSION	113
BIBLIOGRAPHIE	117
APPENDICE A - Le guide d'entrevue.....	126
APPENDICE B - Formulaire de consentement éclairé	127
APPENDICE C - Synthèse des répercussions négatives et positives sur les liens sociaux...	128

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1

Les liens composant la famille	55
--------------------------------------	----

TABLEAU 2

Les répercussions négatives sur les liens sociaux.....	128
--	-----

TABLEAU 3

Les répercussions positives sur les liens sociaux	129
---	-----

RÉSUMÉ

Le but de cette recherche a été de comprendre les répercussions d'un événement traumatisant sur les liens sociaux impliquant un contact direct entre l'agresseur et l'agressé. Nous avons utilisé l'analyse qualitative comme méthode de recherche. Les données ont été recueillies à l'aide d'entrevues semi-dirigées. Les types de liens privilégiés dans l'étude ont été ceux avec les amis, les collègues de travail ou d'étude, les membres de différents groupes, les intervenants, le voisinage, la famille et le conjoint. Cinq personnes ayant vécu différentes expériences traumatisantes ont été interviewées. Deux étaient infirmières, lors de leur agression par un patient. Une troisième a été agressée à la sortie du métro pour un vol de sac à main. Une quatrième par son conjoint, alors qu'une cinquième a été violée et empoisonnée par son colocataire. Le récit de ces expériences traumatisantes a été décrit pour chaque personne. Par la suite, un portrait de leurs liens sociaux, tant avant l'événement qu'après, a été présenté. En tant que travailleuse sociale-chercheuse, notre choix s'est arrêté sur deux périodes de temps en ce qui concerne les répercussions négatives et positives de l'événement : la première immédiatement après l'événement et s'étendant sur quelques mois; et la seconde, allant au-delà de ces quelques mois. Durant la première période, comme répercussions négatives, nous avons constaté une rupture dans les rapports avec les autres et avec la société en général, alors que les personnes de l'entourage s'avéraient plus démunies qu'aidantes. Dans la deuxième période, toutes les personnes traumatisées ont été suivies par des intervenants qui leur ont offert un soutien important dans la reconstruction de leurs liens sociaux. À cette même période, nous avons pu observer que les répercussions devenaient plus positives. Nous avons vu émerger un espace de solitude avec une capacité à mieux délimiter les liens avec les autres. Certains membres de l'entourage ont tenu un rôle protecteur ou facilitateur, permettant aux personnes traumatisées de reprendre leurs forces personnelles et sociales. Ces résultats éclairants viennent ajouter des pistes de réflexion à notre pratique en travail social.

Mots-clés : TRAUMATISME, liens sociaux, répercussions, personnes traumatisées.

INTRODUCTION

*« Le traumatisme possède la singulière
capacité de métamorphoser l'être humain. »*

(Nathan, 2001, p. 270)

*« L'analyse qualitative est une activité humaine qui sollicite
d'abord l'esprit curieux, le cœur sensible et la conscience
attentive, et cet investissement de l'être transcende le domaine
technique et pratique. »* (Paillé et Mucchielli, 2003, p. 24)

Mon expérience professionnelle comme travailleuse sociale pratiquant dans une urgence psychiatrique m'a amenée à me poser des questions sur les répercussions que pouvaient avoir les événements traumatiques sur les relations avec les autres. J'entendais souvent parler de problèmes relationnels suite à un événement tragique. Ces problèmes pouvaient se manifester avec les collègues de travail, les membres de la famille, au sein du couple ainsi qu'avec les différentes instances sociales, telles les services sociaux et de santé. Dans le contexte de mon travail, j'étais habitée par la préoccupation suivante : comment accueillir ces personnes que je savais souffrantes ? Il m'apparaissait primordial de créer rapidement un climat de confiance et de confiance et ce, dès le premier contact. J'étais persuadée que ce premier contact pouvait jouer un rôle prépondérant dans le rétablissement des contacts ultérieurs de la personne avec les autres. Malgré les aptitudes cliniques que je pouvais mettre à profit (écoute, empathie, compréhension, bienveillance, non-jugement, etc.), je me sentais parfois démunie et en manque de savoirs. Quelques ingrédients manquaient à ma pratique de clinicienne. Le besoin de comprendre davantage se faisait sentir et la nécessité d'approfondir la problématique du traumatisme devenait presque une urgence en soi. Cette recherche de connaissances ne pouvait que contribuer à mon développement professionnel et enrichir ma pratique en contexte d'urgence et de crise.

Lire sur le traumatisme n'est pas chose facile. Plusieurs lectures ont été laissées en suspens et d'autres difficilement terminées parce que trop bouleversantes, parce que l'histoire de l'humanité, passée et récente, dans ses barbaries extrêmes, demandait un répit, un temps d'arrêt; histoire de se remettre de ces images cauchemardesques. Bien entendu, en tant que lectrice, nous avons effectué une certaine distanciation, car nous avons besoin de rassembler nos ressources personnelles pour approfondir notre sujet de recherche et transmettre une compréhension réflexive pour une analyse future. Néanmoins, il s'agit bien de l'être entier qui plonge dans ces lectures et ces mots bouleversants. À quoi bon vouloir comprendre et posséder une meilleure connaissance du traumatisme si celle-ci ne passe que par l'intellect? Paillé et Mucchielli (2003) soutiennent que la connaissance et la compréhension doivent passer par les sens du chercheur (*voir* la citation au début de l'introduction). L'alternance avec des lectures sur les liens sociaux nous a permis de prendre le recul nécessaire pour poursuivre notre recherche.

Parcourir plusieurs ouvrages nous a aidée à couvrir différents types d'événements pouvant causer des traumatismes (guerres, camps de concentration, tortures, catastrophes naturelles et technologiques, violence conjugale, inceste, viol, agressions). Nous nous sommes intéressée au « traumatisme secondaire » pouvant atteindre les intervenants travaillant dans des situations d'urgence et de crise. Ce dernier point nous a incitée à nous documenter sur les gens qui commettaient ces agressions. Toutefois, nous n'avons pas inclus cette partie de la littérature, puisqu'elle dépassait notre sujet. Afin d'accroître nos connaissances cliniques et pratiques sur le traumatisme, nous avons suivi quelques formations sur différentes approches thérapeutiques : psycho-dynamique, cognitivo-comportementale et psychosociale¹. En plus d'élargir nos lectures sur certains cas cliniques, ces formations nous ont permis d'envisager de nouvelles perspectives d'intervention.

¹ Psycho-dynamique, en 2001, avec le Centre Traumatys (organisme privé) et, en 1997, avec Louise Prud'homme, t.s. (pratique privée). En 2004, cognitivo-comportementale avec Pascale Brillon, psychologue spécialisée dans le trouble du stress post-traumatique. Psychosociale, en 2003, avec Yvon Lefebvre, professeur à l'Université du Québec à Montréal, alors responsable du cours THA 703L, *Prévention et interventions psychosociales en situations de crise et de stress post-traumatique*, dans le cadre de la maîtrise en intervention sociale.

Cette étude traite des répercussions d'un événement traumatisant sur les liens sociaux vécus et racontés par les personnes agressées directement par un autre individu. Dans le premier chapitre, consacré à la problématique, nous retrouvons l'état actuel de la question, la pertinence de cette étude et ses objectifs de recherche. Dans le deuxième, nous abordons le cadre théorique et les principaux concepts retenus. Le troisième chapitre présente la méthode de recherche utilisée, le contexte des entrevues et les considérations éthiques. Le quatrième chapitre divulgue les résultats des entrevues, en tenant compte des différents types de liens sociaux que les personnes interrogées entretenaient avant l'événement traumatisant ainsi que ceux engagés après l'événement. Le cinquième chapitre comprend l'analyse des résultats et la discussion sur ces résultats.

CHAPITRE I

PROBLÉMATIQUE

Avant de présenter un portrait des personnes traumatisées interviewées, il est important de saisir l'état actuel de la question sur le traumatisme et le contexte relié aux liens sociaux. À cet effet, nous spécifierons le type de traumatisme étudié en introduisant les modèles américain et européen. Par la suite, nous définirons les liens sociaux et nous présenterons la place de l'intervention lors d'événements traumatisants. Pour terminer ce chapitre, nous expliquerons la pertinence de l'étude, tout en situant notre question de recherche.

1.1 Le traumatisme

La question du traumatisme n'est pas nouvelle dans la société québécoise. Il n'est pas seulement dû aux guerres, aux tortures, aux différentes formes de terrorisme, mais aussi aux catastrophes naturelles et technologiques, ainsi qu'aux divers événements empreints de violence comme l'inceste, le viol, la séquestration, la violence conjugale et les tueries dont les journaux ont fait les manchettes dans les dernières décennies¹. Présents au sein de l'histoire du Québec, les événements traumatiques se retrouvent aussi ailleurs dans le monde. Si certains spécialistes affirment que le traumatisme est de tous les temps, l'histoire le décrivant en termes de stress post-traumatique est récente. Dans un éditorial, Lefebvre (2000, citant Delumeau et Lequin, 1987, p. 8), rappelle que « l'homme d'autrefois vivait dans un environnement menaçant. Il était fragile à longueur de vie ». Au 18^e siècle, fléaux et désastres étaient attribués à Satan, causés par des forces obscures et la fatalité des événements traumatiques était contrôlée par les astres. Au 19^e siècle, les désastres naturels seront plutôt mis sur le compte de causes matérielles où « la responsabilité humaine succède

¹ Nous faisons référence aux tueries du Collège Dawson (2006) et de Polytechnique (1989).

à la main de Dieu » (*Ibid.* citant Saul, 1997, p. 8). Les guerres, principalement celle du Vietnam (1970), les viols et les agressions sexuelles faites aux femmes (dénoncés par les groupes féministes en 1970-1980) et les accidents de chemin de fer (Oppenheim, 1889) sont autant d'événements qui ont permis de réaliser qu'il s'agissait bien d'événements traumatisants engendrant des symptômes particuliers. Il a été reconnu que les traumatismes les plus destructeurs sont ceux impliquant un autre être humain : « On aura vu et compris que les traumatismes les plus destructeurs pour la psyché humaine sont ceux qui sont le résultat de la violence d'un être humain à l'égard de son semblable » (Côté, 1996, p. 224). Tout cela a permis aux psychiatres d'établir des critères spécifiques pour apposer le diagnostic de stress post-traumatique.

Ce diagnostic est apparu pour la première fois dans le *Manuel diagnostique et statistique* (DSM) en 1980 et est toujours utilisé en psychiatrie clinique (American Psychiatric Association, 1996). Depuis sa découverte, plusieurs chercheurs se penchent sur ce trouble et l'étudient sous différents angles. Certaines études s'attardent aux symptômes diagnostiques, alors que d'autres se penchent sur les sujets touchés par les événements traumatiques. Comme nous le verrons plus loin, des études s'intéressent aux modes d'interventions pouvant répondre le plus adéquatement au contexte traumatique, alors que d'autres étudient les impacts que peuvent avoir ces interventions sur les intervenants impliqués auprès des personnes traumatisées. Fischer (2003, p. 31-75) mentionne le peu de recherches portant sur les aspects et les impacts sociaux des blessés par traumatisme. Avec l'essor qu'a connu la victimologie dans les dernières décennies, Eliacheff et Soulez Larivière (2007, p. 50) soulèvent que « Thèses, mémoires, recherches, publications ayant pour sujet les victimes abondent ». La quantité importante de biographies racontant l'histoire et les souffrances éprouvées lors d'un événement traumatisant impressionne.

Maltais *et al.* (2005, citant Breslau *et al.*, 1998, p. 294) rapportent que 89,6 % des gens vont vivre un événement traumatique dans leur vie tel que : « être agressé physiquement (40 %), être témoin de la mort d'un individu ou de blessures importantes (29 %), être impliqué dans un grave accident d'automobile (28 %) et vivre un désastre naturel (17 %) ». Brillon (2004, p. 29) spécifie que la mort soudaine ou inattendue d'un proche est l'événement traumatique le plus fréquent (60 %). Bleau (2002), psychiatre, faisait remarquer

qu'au Québec, 6 % de la population étaient victimes d'agression et présentaient des symptômes d'un stress post-traumatique².

Dans la prochaine section, nous présentons les deux modèles les plus souvent rencontrés dans la littérature et dans la pratique reliées au traumatisme.

1.2 Le modèle américain et le modèle européen

Dans le milieu psychiatrique, il est courant pour les professionnels de se référer au DSM³ pour déterminer si les symptômes correspondent aux critères et permettent de poser le diagnostic postulant qu'une personne souffre d'un trouble de stress post-traumatique-TSPT⁴ (APA, 1996, p. 209-211). Cette lecture diagnostique est, d'abord et avant tout, une approche médicale originant du modèle médical américain. D'autres représentations cliniques concernant le traumatisme proviennent du modèle européen. Ce modèle prend ses origines dans la psychanalyse :

La lecture psychanalytique du traumatisme facilite précisément ce retour au collectif par l'intermédiaire de l'individuel, de la blessure intime à la mémoire blessée et, plus encore peut-être, de l'humain à l'inhumain. Le traumatisme n'y est pas seulement la conséquence de l'intolérable, il est aussi et déjà en lui-même un témoignage : le témoignage de ce qui est arrivé à l'humain, pour reprendre les termes du psychanalyste Jean-Jacques Moscovitz (Fassin et Rechtman, 2007, p. 36).

Cette compréhension du traumatisme, autre que classificatoire (DSM), rejoint l'essence même de cette recherche. Au Québec, Pocreau (2005, p. 230) a tenté de dépasser la lecture diagnostique en démontrant la complexité de l'être humain dans ce qu'il a de plus fondamental, incluant sa confiance en la vie, ses liens sociaux et son avenir. Nous y reviendrons au deuxième chapitre.

² Paré, I., 2002. « L'état de stress post-traumatique n'est pas l'apanage des militaires ». Interview avec Bleau, psychiatre dans *Le Devoir*, Montréal, mai, p. B.

³ Le DSM est le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* publié périodiquement par l'Association américaine de psychiatrie. Actuellement, le DSM-IV décrit plus de 900 troubles mentaux.

⁴ Dans le DSM, le TSPT signifie le trouble du stress post-traumatique (APA, 1999, p. 209-211).

1.3 Les liens sociaux et le soutien social

Plusieurs écrits démontrent l'importance du soutien social lorsqu'il est question d'un événement traumatisant. Afin de marquer un rapprochement entre les liens sociaux et le soutien social, nous utiliserons la définition du soutien social de Campeau *et al.* (2004, p. 518) : « Ensemble de liens sociaux permettant à l'individu de faire face aux difficultés de la vie. Exemples: la famille, les amis et les groupes d'entraide anonymes ». Avec cette définition, nous souhaitons tracer une passerelle entre les termes liens sociaux et soutien social, et ainsi présenter notre définition du lien social.

La majorité des études spécialisées en trauma⁵ se retrouvent dans le champ des experts en psychologie et en psychiatrie et moins dans celui de la sociologie et du travail social. Toutefois, on observe que les aspects étudiés concernent plus souvent l'intervention et le soutien social. À travers le lot d'études dans ce domaine, nous n'avons trouvé que peu d'écrits associant les liens sociaux au traumatisme et la majorité se retrouvent sous l'angle du soutien social.

Des auteurs ont relevé l'apport d'études qui ont fait ressortir les difficultés relationnelles vécues par les victimes d'actes de violence (Côté, 1999; De Clercq, 2001; Morbois et Casalis, 2002; Maltais *et al.*, 2005). Maltais et ses collaborateurs (2001a, b, 2005) s'intéressent aux systèmes sociaux autres que familiaux et conjugaux. Dans l'étude sur l'intervention sociale en contexte traumatique, Maltais *et al.* (2005, p. 153-162) présentent une description du *soutien social perçu* et *reçu* par les victimes d'une catastrophe. Les auteurs en arrivent à la conclusion que l'absence de soutien ou un soutien inadéquat peut causer des atteintes à la santé physique et psychologique. Leurs travaux sont enrichissants pour notre recherche, car les systèmes de soutien étudiés, soit les amis, les voisins, les institutions religieuses, certains organismes et la famille, rejoignent en grande partie le questionnement de cette étude. La famille y est reconnue comme un des systèmes de soutien les plus importants, mais nos lectures nous permettent de constater que d'autres systèmes le sont tout autant. Bien que Maltais *et al.* (2005) s'intéressent surtout aux victimes de

⁵ Traumatisme et trauma seront utilisés de façon à ne pas différencier le sens.

catastrophes, les effets bénéfiques et négatifs du soutien social nous apparaissent tout aussi significatifs pour les différents types de traumatisme, ce que nous verrons d'ailleurs au chapitre suivant.

Dans la littérature sur les bienfaits du soutien social, les effets positifs rapportés relèvent de la protection, du bien-être, de l'évolution personnelle et d'une meilleure gestion du stress (Figley, 1985; Crocq, 2001; Lebigot, 2002; Fischer, 2003; Maltais *et al.*, 2005). Plusieurs auteurs s'accordent pour reconnaître qu'avec l'aide du soutien social, il est plus facile de surmonter les conséquences d'un événement traumatisant (Figley, 1985, 1986; Maltais *et al.*, 2001, 2005; Fischer, 2003; Roisin, 2003; Caron et Guay, 2005; Ion, 2005). D'autres rapportent les effets négatifs d'une carence du soutien social. Durkheim rattache le manque de soutien social aux causes du suicide (Campeau *et al.*, p. 465) alors que De Clercq (1997, p. 161) rapporte que dans les cas de viol, un préjudice social et familial persiste durant trois ans. De plus, l'incompréhension de l'entourage crée de la méfiance chez la victime et peut entraîner des relations difficiles. Certaines victimes s'isolent, alors que d'autres en parlent constamment. Le rejet que certaines personnes feront de leur entourage va aggraver l'état de leur isolement (Côté, 1996; Roisin, 2003).

Cet isolement social entraîne la perte de toute communication et la construction d'un destin d'exclu (Crocq, 2001; Lebigot, 2002). Sans échange verbal, le lien social n'existe pas, puisque ce sont les jeux de langage qui composent les relations pour qu'il y ait une société (Beauchemin, 2001, citant Lyotard, 1979, p. 343). Quand les individus se regroupent pour faire face aux problèmes qu'ils rencontrent, ils trouvent des solutions et améliorent leur qualité de vie : « Peu à peu des liens de solidarité se tissent entre eux et ils deviennent moins vulnérables » (Campeau *et al.*, 2004, p. 465). « On constate alors que les individus davantage intégrés dans leur communauté et dans la société en générale ont une meilleure santé que les personnes isolées » (Caron et Guay, 2005, p. 7).

Plusieurs auteurs ont porté une attention à l'aide thérapeutique comme autre système de soutien ou de liaison. Cette aide peut être offerte individuellement ou en groupe et peut provenir des ressources communautaires, du réseau public ou privé (Figley, 1986; Rivière, 1998; Crocq, 2001; De Clercq, 2001; Lebigot, 2002; Fischer, 2003; Roisin, 2003; Campeau *et al.*, 2004; Ion, 2005).

1.4 La spécialisation des interventions

Afin de mieux situer l'objet de notre recherche, tout en se rapprochant de la profession du travailleur social, il est important de saisir les paradigmes se rattachant au discours actuel sur le traumatisme. L'ère actuelle est réputée être celle des experts. Qu'en est-il des expériences personnelles réellement vécues par les personnes impliquées dans un événement traumatisant ?

Fassin et Rechtman (2007, p. 9) rapportent que depuis l'écroulement des tours du World Trade Center à New York, le 11 septembre 2001, 9 000 spécialistes en santé mentale sont intervenus. Dans la population américaine, on a observé que 7,5 % présente un état de stress post-traumatique, que 9 % souffre de dépression, que les problèmes de consommation sont plus importants et que les consultations en santé mentale sont plus nombreuses⁶. Cette enquête rapporte que ces phénomènes ont surtout été observés dans la population blanche de niveau universitaire. Une enquête subséquente, cette fois-ci étendue à l'ensemble des États-Unis, indique un stress post-traumatique chez 4 % des Américains (*Ibid.*, citant Schlenger et al., 2002, p. 10). Comme nous pouvons le constater, cette situation se présente également dans divers pays d'Europe :

En France, après l'accident d'avion survenu à Charm el-Cheikh, comme lors du retour précipité des expatriés de Côte-d'Ivoire, pour les passagers confrontés à l'effondrement du terminal de Roissy, comme pour les rescapés du tsunami en Asie du Sud, des dispositifs de crise et de soutien psychologique sont mis en place pour les familles qui attendent ou qui arrivent à l'aéroport : là, dans des boxes spécialement installés, psychiatres et psychologues offrent leurs services aux personnes qui le veulent, pour un « débriefing », consultation en urgence à vertu préventive (Fassin et Rechtman, 2007, p. 12).

Selon les auteurs, la prise en charge est spécialisée et la réponse thérapeutique est représentée comme « un progrès », où les vécus des personnes exposées sont supposément connus et où la prise en charge est effectuée par la société et ses experts comme représentants. Sur le plan éthique, Fassin et Retchman (2007, p. 44) soulèvent que

⁶ Ces résultats sont issus d'une enquête menée par la New York Academy Medecine un mois après l'événement, auprès d'un millier de personnes du Manhattan (Fassin et Rechtman, 2007, p. 9).

l'expertise des professionnels abolit l'expérience des combattants et des exilés, tout en les réduisant à « une catégorie clinique trop facilement attribuée ». Ce discours n'est pas nouveau et rejoint celui de Lefebvre (2000) et de Pocreau (2005). Il sera élaboré dans le cadre théorique. De plus, il ne considère pas le vécu et le ressenti réel des personnes traumatisées en les catégorisant et il abolit aussi le vécu et le ressenti des personnes de soutien. Dans la recherche que nous nous proposons d'effectuer, nous voulons prioriser la parole des personnes rencontrées.

Aux consultations spécialisées, interventions de crise et *debriefings* s'ajoutent les interventions de groupes. En Belgique, Roisin (2003) met sur pied des groupes pour aider les femmes victimes d'agression sexuelle : « Nous pensions qu'une expérience de reconnaissance entre semblables permettrait aux victimes traumatisées de sortir de l'isolement et nous espérons les aider à dépasser le mirage d'un "autre qui est le même" » (Roisin, 2003, p. 164). Par ces groupes, l'auteur souhaite aider ces femmes à recréer leurs liens avec les différents membres qui composent la société.

Les Québécois ne diffèrent pas des Américains et des Européens. Lors des derniers événements traumatisants, des équipes d'experts sont intervenues directement sur les lieux. Selon Maltais *et al.* (2005, p. 20), les objectifs d'intervention sont précis : 1) « aider les victimes à retrouver leur sentiment de sécurité »; 2) « permettre aux individus d'exprimer leurs sentiments et leurs réactions tout en les normalisant »; 3) « prévoir avec les victimes les difficultés et les problèmes qu'elles pourront rencontrer ainsi que les moyens à mettre en place pour y remédier ». En plus des intervenants sociaux impliqués sur le terrain, il y a ceux travaillant dans les ressources d'hébergement et ceux qui pourront assurer un suivi par la suite, tous devant assumer leurs rôles et « la responsabilité de prendre soin de leur propre santé physique et psychologique pour mieux soutenir les victimes dans leurs diverses démarches » (Maltais *et al.*, 2005, p. 30-31).

Les progrès reliés à cette spécialisation des interventions, tant dans l'application d'un diagnostic que dans l'approche utilisée pour aider, nous questionnent sur la place accordée au vécu réel des personnes traumatisées. Nous nous demandons s'il existe un écart entre le discours des experts et celui des personnes qui racontent l'événement traumatisant. Dans la section suivante, nous présentons la pertinence de cette étude et la question de recherche.

1.5 La pertinence de l'étude et la question de recherche

Le problème que nous nous proposons d'étudier est celui des répercussions qu'un événement traumatisant peut engendrer sur les liens sociaux de personnes ayant eu un contact direct avec leur agresseur au moment de l'événement. Connaître ces répercussions nous permettra d'explorer le sujet du traumatisme sous différents angles et, par la suite, d'approfondir celui des liens sociaux. Cette connaissance des liens sociaux permettra de saisir les perceptions intérieures qu'ont les personnes dans leurs rapports avec les autres après avoir vécu une agression impliquant un contact direct avec l'agresseur. Comme nous l'avons déjà mentionné : « On aura vu et compris que les traumatismes les plus destructeurs pour la psyché humaine sont ceux qui sont le résultat de la violence d'un être humain à l'égard de son semblable » (Côté, 1996, p. 224). La question est de connaître les répercussions d'un événement traumatisant sur les liens sociaux quand l'événement a impliqué un contact direct avec l'agresseur. La question du « comment ? » prend ici tout son sens, à savoir si les personnes reprennent contact ou non, mais aussi soulève celle du « qui », à savoir quels sont les liens priorisés. Et s'ils le sont, avec qui ? Évidemment, toujours si cette mise en lien a lieu, car nous supposons que parfois la reprise de liens avec les autres peut s'avérer si difficile, qu'elle devient impossible.

Au moment où notre société prône l'intervention directe avec des professionnels de la santé sur les lieux des événements traumatiques (Maltais *et al.*, 2005; Fassin et Rechtman, 2007), nous sommes à même de nous demander quelles sont les pratiques les plus bénéfiques pour redonner du sens au lien social en général. Comme travailleuse sociale exerçant dans une urgence psychiatrique, nous considérons cette question essentielle à notre pratique. Nous avons été témoin de l'isolement et du désespoir de personnes traumatisées par des événements de la vie (verglas, accident, violence conjugale, viol, agression physique, torture, inceste, etc.) et, malheureusement, certaines ont mis fin à leurs jours ou ont été tuées.

Pourquoi le thème des liens sociaux est-il important comme sujet de recherche ? D'abord, parce que la clientèle rencontrée en contexte d'urgence, suite à un événement traumatisant, était souvent préoccupée par leurs relations interpersonnelles. Elles se demandaient ce que les autres allaient penser d'elles après un tel événement. Est-ce qu'on

allait les accepter et les reconnaître comme avant ? Nous sentions une véritable souffrance chez ces personnes en ce qui a trait aux liens sociaux. Comme travailleuse sociale, nous avons cherché des moyens pour les soulager. Cette recherche s'avérait l'un de ces moyens.

Nous pensons qu'explorer le thème des liens sociaux et aborder le sujet du traumatisme nous permettront d'envisager la problématique dans un champ d'exercice plus large; par exemples, mieux comprendre un problème d'alcoolisme ou une tentative de suicide et toute autre dynamique pouvant y être associée. Nous croyons que tenter de comprendre les répercussions d'un événement traumatisant sur les liens sociaux va contribuer à enrichir notre pratique d'intervention et nous permettre de transmettre les connaissances et les expériences acquises au sein de nos équipes de travail et auprès de membres de notre profession.

En ce sens, nous croyons que cette démarche de recherche sera fructueuse pour humaniser les approches dans les institutions et pourra permettre d'éviter un deuxième trauma, comme le laisse entendre Lefebvre (2000, p. 31) : « Les modes d'intervention des institutions peuvent parfois provoquer dans les communautés atteintes un deuxième désastre plus important que le premier ». Le fait de comprendre et de pouvoir réfléchir sur la problématique du traumatisme favorisera la réponse aux besoins réels des personnes réclamant de l'aide, suite à un événement traumatisant. Les connaissances acquises pourraient influencer les pratiques de différents services. Enfin, nous sommes persuadée que la connaissance du traumatisme constitue un atout pour tout intervenant, travailleur social ou autre, exerçant dans un contexte d'intervention d'urgence et de crise.

Le postulat qui sous-tend notre démarche de recherche veut qu'un événement traumatique caractérisé par un contact direct avec une personne ait inévitablement un impact sur les liens sociaux de la personne traumatisée. Par contact direct, nous entendons le fait d'avoir été en relation avec l'agresseur par un contact physique, des échanges verbaux ou un contact visuel, dans le sens de l'avoir vu ou d'avoir été regardée ou ciblée par lui.

L'objectif principal de notre recherche est d'analyser les répercussions d'un événement perçu comme traumatisant sur les liens sociaux, lorsqu'il y a contact direct avec l'agresseur. Cette question a servi de base à la cueillette de données auprès des personnes interviewées.

Nos objectifs spécifiques de recherche sont : 1) de développer une réflexion sur le traumatisme autre que la lecture diagnostique utilisée en psychiatrie; 2) d'approfondir une compréhension de l'état des liens sociaux de la personne traumatisée quand l'événement implique un contact direct avec l'agresseur; 3) d'apporter des pistes de réflexion et d'intervention pour le développement des pratiques sociales.

CHAPITRE II

CADRE THÉORIQUE

Le cadre théorique est le cœur de la recherche. C'est à travers lui qu'on se positionne par rapport aux paradigmes idéologiques actuels utilisés en travail social et qu'on présente les différentes théories qui seront la base de l'analyse des données recueillies. Il s'agit de « décrire, expliquer ou prédire des relations entre les concepts » (Fortin, 1996, p. 89).

Au-delà de savoir comment les personnes définissent le traumatisme qu'elles ont vécu, nous voulons comprendre comment ces personnes reconstruisent ou non les liens sociaux. Nous voulons prendre conscience des répercussions que l'événement traumatisant a eues sur leurs liens sociaux. Afin de réaliser cette recherche, nous avons sélectionné, parmi les lectures effectuées, différentes théories pouvant éclairer le sujet à l'étude. Nous proposons de découvrir l'être dans son expression personnelle (mots, sens, actions) afin d'analyser les données recueillies dans une perspective se rapprochant d'une lecture autre que diagnostique pour laisser émerger l'être comme étant unique dans ce qu'il a de plus fondamental (Pocreau, 2005).

Notre questionnement s'articule autour de trois aspects : le traumatisme (en tant que paradigme construit), les liens sociaux (les traumatisés et leurs liens avec les autres) et les répercussions, tant négatives que positives, qu'une situation traumatisante peut engendrer sur ces liens sociaux (le sens attribué). Par la suite, il sera possible d'établir les changements engendrés par l'événement traumatique sur les liens sociaux (le changement social).

2.1 Diverses lectures du traumatisme

Les lectures effectuées nous ont permis de constater l'évolution de la pensée autour du traumatisme à travers le temps. Eliacheff et Soulez Larivière (2007) racontent que dans le passé, le récit de l'événement servait de justification pour gagner l'approbation de son

interlocuteur. Maintenant, la formule du trouble de stress post-traumatique vient normaliser, sans subjectivité aucune, l'authentique victime :

Auparavant, le diagnostic de névrose traumatique reposait sur le récit que le patient faisait de l'événement inclus dans sa propre histoire; comme on l'a dit, il devait en quelque sorte se justifier pour emporter l'adhésion de son interlocuteur. La nouvelle formulation (état de stress post-traumatique), sous une apparence anodine (existence d'un événement stressant patent qui provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus), élimine toute subjectivité : si la victime présumée a vécu l'événement et présente des signes cliniques de PTSD, alors il s'agit d'une authentique victime (Eliacheff et Soulez Larivière, 2007, p. 40).

Fassin et Rechtman (2007, p. 15-17) relatent qu'au début du siècle, le traumatisme et les experts n'existaient pas. Bien au contraire, quand les psychologues et les psychiatres intervenaient auprès de personnes impliquées dans des conflits, des accidents ou des guerres, les symptômes ne paraissaient pas réels et les blessés ou rescapés étaient surtout perçus comme des récalcitrants cherchant à éviter le retour au front. On soupçonnait la recherche de gains secondaires et on supposait que les personnes traumatisées étaient plus ou moins conscientes de cette attitude. Les auteurs rapportent que le TSPT est « issu de la nomenclature nord-américaine » et sert à rendre compte des douleurs que suscitent les événements traumatisants. Cette classification s'étend à travers diverses cultures. Les auteurs font mention du passage de cette période de « suspicion » à celle de « véridiction ». Partout à travers le monde, des équipes sont mises sur pied pour intervenir :

Hors de nos frontières, ce sont des équipes de psychiatres et de psychologues, appartenant à Médecins du monde ou à Médecins sans frontières qui partent pour venir en aide à des populations lointaines et meurtries par des catastrophes naturelles, de guerres ou d'autres calamités : sinistrés des tremblements de terre en Arménie et en Iran, rescapés des conflits en Bosnie et en Tchétchénie, enfants des rues en Chine et des orphelinats en Roumanie (Fassin et Rechtman, 2007, p. 13).

« Le classement des maladies est aussi vieux que la médecine. La psychiatrie [...] n'y échappe pas [...] », d'écrire Eliacheff et Soulez Larivière (2007, p. 36). Les psychiatries américaine et européenne ont chacune leur classement des maladies mentales. Pour les Américains, le DSM est l'outil principal utilisé en psychiatrie par la majorité des professionnels (psychiatres, médecins, psychologues, travailleurs sociaux, infirmiers). La première version du DSM a été publiée en 1952 et la deuxième en 1968. La troisième

version, parue en 1980, montre un changement en une « approche clinique purement descriptive » alors qu'avant, sa clinique prenait ses sources « dans les thèses psychiatriques et psychanalytiques ». Cette approche descriptive est considérée « athéorique (*sic*) », car elle exclut la subjectivité du psychiatre. Les troubles et les problèmes y sont élaborés par des « experts américains » (Eliacheff et Soulez Larivière, 2007, p. 37). En 1992, à la parution du DSM-IV, seule la névrose traumatique sera renommée « état de stress traumatique », les autres nomenclatures seront abolies. Même la différence apportée par la psychanalyse entre le stress et le traumatisme sera abolie. Le traumatisme est vu au même titre qu'un autre stress. Les auteurs rapportent que ce changement de nomenclature a provoqué un débat public outre-Atlantique. On reprochera (entre autres) aux psychiatres leur alliance pharmaceutique (56 % des experts ayant contribué à la conception du DSM¹) et leur « antipsychanalyse primaire (car pour les psychanalystes, les troubles ne peuvent être réduits à des critères diagnostiques invariants) » (Eliacheff et Soulez Larivière, 2007, p. 39).

En Europe, la classification internationale des maladies (CIM) selon l'Organisation mondiale de la santé est l'outil de codification utilisé par les psychiatres, les psychologues et les psychanalystes, autant pour les adultes que pour les enfants. Ce système de référence mondial sert de base à « l'enseignement », aux « assurances » et aux « publications scientifiques ». « Les statistiques anonymes sur le plan national sont faites sur cette base et servent à promouvoir des politiques de santé mentale, en particulier le traitement le plus efficace et le plus économique que vous devrez suivre » (Eliacheff et Soulez Larivière, 2007, p. 39).

Tout au long de nos lectures, nous avons retrouvé les modèles américain et européen. Nous pouvons conclure que le modèle américain est souvent celui qui prime dans la pratique québécoise. Pour notre étude, nous présenterons d'abord le modèle médical américain, parce qu'il est celui dont notre pratique en psychiatrie est empreinte. L'action de ce modèle médical est basée sur l'identification des symptômes pouvant déterminer l'état pathologique

¹ Lise Cosgrove, psychologue clinicienne, dans un article publié en 2006 dans la revue américaine *Psychotherapy and Psychosomatics* (p. 38-39), puis la même année dans le *Washington Post* et le *New York Time*, a publié les résultats d'une enquête qui démontre que les experts ont une alliance avec les compagnies pharmaceutiques.

dont il est question. Quand l'état pathologique est bien ciblé, un traitement à l'aide d'une prescription médicamenteuse est appliqué. Nous appuyant sur les critères diagnostiques du DSM, nous vous présenterons ceux permettant de poser le diagnostic de stress post-traumatique. Par la suite, bien que les Européens possèdent aussi leur modèle médical (Classification internationale des maladies – CIM), nous retiendrons les écrits de Crocq (2001) et de Lebigot (2002) pour apporter une différence entre le stress et le trauma. Ce modèle européen s'inspire d'une lecture d'orientation psychanalytique, accompagnée d'une lecture clinique complexe reposant sur l'observation et l'expression des vécus intérieurs. La psychanalyse, fondée par Sigmund Freud (1856-1939), est une méthode de traitement thérapeutique ayant comme base le récit de l'histoire de la personne. La personne verbalise son vécu et c'est par ce récit de vie qu'elle va soigner ses troubles mentaux. Ces auteurs ont cherché à aller au-delà des critères diagnostiques pour s'intéresser à la personne et au récit de son histoire. C'est ainsi que se terminera cette section sur les lectures du traumatisme.

SELON LES CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DU DSM

Dans un premier temps, selon le DSM, la description des symptômes majeurs reliés au traumatisme permettra de mettre en place les critères nécessaires au diagnostic du stress post-traumatique. Dans un deuxième temps, cette connaissance de la symptomatologie nous fera reconnaître les différences de lecture clinique apportée par les auteurs réfractaires à la catégorisation diagnostique.

Selon le DSM, afin de confirmer un diagnostic de stress post-traumatique, une exposition à un événement traumatique est nécessaire. Le sujet doit avoir vécu, avoir été témoin ou avoir été confronté à un ou des événements qui ont soit impliqué la mort ou la menace de mort, de graves blessures ou une menace à son intégrité physique ou à celle d'autrui; le sujet a réagi à l'événement par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur. Trois types de symptômes feront surface : reviviscences du traumatisme (*flashbacks*, rêves répétitifs – comme si l'événement se reproduisait –, détresse); évitement et émoussement (éviter les pensées, les lieux, les gens, oublier une partie de l'événement, détachement; peu d'affect, perte d'intérêt, etc.); activation neurovégétative (irritabilité, problèmes de sommeil et/ou de concentration, hypervigilance, etc.). Ces symptômes sont souvent accompagnés d'une détresse importante. Leur durée doit être de plus d'un mois,

sinon il est question d'un stress aigu, alors qu'après trois mois on a affaire à un trouble de stress post-traumatique-TSPT chronique. On parle d'un TSPT différé quand une personne n'a aucun symptôme après l'événement, mais qu'ils apparaissent après six mois et plus (APA, 1996, p. 209-211).

Le DSM-IV propose une lecture clinique ayant comme objectif de dépister des symptômes reliés à une maladie mentale requérant un traitement médical pour recouvrer la santé. Cette lecture a le désavantage, comme tout diagnostic, d'apposer une étiquette sur la personne qui en est atteinte, de la classer dans une catégorie, de la stigmatiser en l'identifiant à une maladie et à des symptômes. Bien sûr, ces critères peuvent nous apparaître comme des valeurs sûres pour déterminer un traumatisme, mais cette identification à la maladie peut aussi amener la personne à se perdre de vue et l'intervenant peut, à son tour, perdre de vue la personne, la percevant principalement à travers des symptômes. Tout au plus, nous pensons que ces critères diagnostiques peuvent servir de point de départ pour repérer des comportements tout à fait normaux qui peuvent surgir après un événement traumatique. Toutefois, nous devons constamment nous rappeler leur effet limitatif puisqu'ils demeurent insuffisants pour considérer l'être humain comme être unique et complexe. À ce stade-ci, il y a lieu de se poser quelques questions : Que penser des personnes qui se remettent rapidement d'un événement traumatisant ? Pourraient-elles être étiquetées comme anormales, ne présentant pas les séquelles et les symptômes relatifs au traumatisme ? Afin d'approfondir notre sujet, nous poursuivons notre réflexion par une distinction entre le stress et le traumatisme.

AU-DELÀ DES CRITÈRES DIAGNOSTIQUES

Pour présenter le modèle européen, nous avons choisi les écrits qui fournissent une description de l'appareil psychique qui permet de distinguer l'état de stress de celui du traumatisme. Crocq (2001) et Lebigot (2002) viendront enrichir ce propos. Avant d'aborder cette distinction, référons-nous à Selye (1974), réputé pour ses travaux sur le stress, ce qui nous permettra de mieux saisir certaines nuances entre le stress et le trauma. Selye (1974, p. 41-44) nous apprend que le stress est la réponse du corps aux demandes qui lui sont faites. En fait, le stress est présenté comme une réaction normale de l'organisme humain. Il existe autant dans les événements plaisants (joie, réalisations, expression de soi) que déplaisants

(agressions, pertes). Au point zéro, le stress représente la mort. Selye explique que le problème capital de l'humain est l'adaptation, c'est-à-dire comment l'organisme arrive à maintenir l'homéostasie². Il existe trois phases d'adaptation : 1) réaction d'alarme : le corps affronte une situation nouvelle qui implique un niveau de stress; 2) résistance : l'organisme sait faire face à la situation; 3) épuisement : les réserves d'énergie s'épuisent devant la longueur de l'exposition à la situation. Quand les événements sont désagréables et que l'état de stress perdure, la détresse peut s'installer, car la capacité d'adaptation du corps a ses limites et ses résistances s'affaiblissent. Cette dernière phase est consécutive à un niveau de stress trop élevé. Chez l'humain existe une recherche constante d'équilibre pour se maintenir en vie, peu importe les événements extérieurs. En fait, ce que Selye nous dit, c'est que tant que la vie est présente, le stress est toujours là à différents niveaux :

Quoi que vous fassiez, et quel que soit l'événement qui vous arrive, il se produit toujours en vous la demande d'énergie nécessaire au maintien de la vie, à la résistance aux agressions et à l'adaptation aux influences extérieures sans cesse changeantes. À l'heure de la plus complète détente, et même pendant le sommeil, vous êtes encore et toujours sous stress (Selye, 1974, p. 34-35).

Pour tenter de comprendre la distinction entre le stress et le trauma, disons que le stress fait partie du quotidien et qu'on peut le tolérer à un niveau assez élevé, sans avoir à subir de séquelles trop importantes, alors que le traumatisme implique non seulement des séquelles importantes, mais peut impliquer des séquelles à plus long terme. Selon Lebigot (2002), cette différence se fonde surtout sur l'intensité que peut provoquer un impact provenant de l'extérieur sur la membrane psychique. Pour aider notre compréhension, visualisons deux ballons : un pour représenter le stress et l'autre le trauma. Lebigot (2002, p. 46) présente l'appareil psychique comme une membrane (la périphérie du ballon) qui contient et protège le contenu psychique (l'intérieur du ballon). Cette membrane, chargée d'énergie positive, sert à repousser toutes les énergies qui proviennent de l'extérieur et qui pourraient perturber son bon fonctionnement. Quand il s'agit de stress souvent relié aux pertes, une pression est exercée sur l'appareil psychique qui est écrasé. Cette pression reste à l'extérieur du ballon. Quand il s'agit d'un trauma, la membrane du ballon est littéralement perforée par une image

² Selon le lexique de Selye (1974, p. 148), l'homéostasie est la tendance du corps à maintenir un état de stabilité en dépit des changements extérieurs.

traumatique qui vient s'incruster à l'intérieur du ballon. Cette image traumatique va demeurer dans l'appareil psychique. Ce qui rend le traumatisme pathogène n'est pas dû au corps étranger qui fait irruption dans l'appareil psychique, qui cherche à l'expulser, mais bien au sens jusque-là sensée qui se trouve court-circuité et qui provoque un non-sens dans la vie de la personne.

Lebigot (2002, p. 52) explique que dans le trauma, une image traumatique s'est introduite dans l'appareil psychique et s'est incrustée au point où la personne perd l'usage du langage; elle est désormais sans mot et sans représentation. Cette idée d'abandon du langage (Côté, 1996, p. 221), pourrait bien fournir une explication sur la situation d'isolement dans laquelle la personne s'installe après l'agression. Peut-être que cela rejoint aussi la consommation d'alcool à laquelle plusieurs s'adonnent. « Cet abandon par le langage équivaut à un abandon par la communauté des hommes; dans les cas graves, le névrosé traumatique, qui en veut un peu à tout le monde, se fabrique un destin d'exclu » (Lebigot, 2002, p. 52). Nous verrons plus loin, avec Le Bot (2002) et Apfeldorfer (2006), l'importance de l'alliance et des échanges à travers le mouvement donner et recevoir. Est-il possible que dans ce destin d'exclu, comme l'entend Lebigot (2002), la dynamique du donner-recevoir soit bloquée ? Poussons notre réflexion avec l'aide d'un auteur qui défend l'idée de dépasser la lecture diagnostique.

Pocreau (2005, p. 221-222) s'est penché sur la question traumatique et pour lui, les liens sociaux supposent non seulement les liens avec les autres, les groupes et la société, mais aussi avec la Vie, sa culture, ses origines, son histoire, ses ancêtres, etc. Pour l'auteur, dépasser la lecture pathologique, c'est empêcher une catégorisation avec un modèle de conduites et de malaises déjà établi. Cela permet de favoriser l'individualité et l'unicité de l'être, mais aussi d'accéder à une complexité essentielle et fondamentale de l'être humain. L'auteur insiste sur l'expression de la Vie et sur l'élan vital que la pathologie contrarie. La pathologie indique « une perturbation du lien et de la relation [...] ». Une lecture remplie de finesse s'impose. Nous croyons qu'il est nécessaire d'envisager la possibilité de se laisser surprendre par une réponse ingénieuse qu'on n'aurait pas envisagée auparavant. Dans ces propos, Pocreau nous invite à plonger dans ce qu'il y a de plus fondamental chez l'être humain :

Ce qui est touché, ce sont les dispositions fondamentales face à la vie, telle la confiance en soi, au lien social et en l'avenir. C'est toute la dynamique du vivant qui est affectée et seule une approche dite phénoménologique peut donner un accès à l'ampleur du désastre et de la souffrance. Le « syndrome du survivant » présente, entre autres, un tableau comportemental de démotivation, voire de refus. Une analyse plus fine que celle imposée par le DSM-IV, certes plus subjective, mais qui respecte la singularité de chaque personne, montre qu'au-delà de ces symptômes s'exprime à la fois le mal d'identité (continuité de soi) et la rupture du sens à la vie (continuité existentielle) (Pocreau, 2005, p. 230).

Dans la continuité de la pensée de Pocreau, nous croyons que les symptômes s'expriment non seulement dans un « mal d'identité (continuité de soi) » et dans une « rupture du sens à la vie (continuité existentielle) », mais qu'il existe une rupture dans les liens sociaux (continuité sociale) où le manque de rapport avec l'autre et avec la société cause son lot de pertes personnelles et de dégâts sociaux. Pour n'en nommer que quelques-unes, pensons aux pertes de vie (suicide), d'intérêt social (emploi et activités), à la détresse et à l'isolement social ainsi qu'à la consommation d'alcool. Tout comme Pocreau, plusieurs cliniciens soutiennent que ce qui les oriente dans leurs interventions et leurs réflexions c'est « la personne d'abord³ » avec ses capacités, son potentiel, ses forces et ses champs de vulnérabilité. Généralement, le regard du clinicien se pose sur la personne et sur les liens qu'elle établit ou pas avec ses différents systèmes.

Comme Figley (1985, 1986) et Fischer (2003), nous croyons que chaque blessure est unique, que chaque blessé vit sa blessure d'une façon qui lui est propre et qu'il n'existe aucune échelle pour la mesurer. La blessure engendrée par la violence d'autrui laisse des traces qui s'imprègnent dans le psychisme du blessé. Elle est attribuable à l'éclatement des frontières de la personne qui a vécu un événement traumatique, où elle a été exposée à la capacité destructive de l'autre (Fischer, 1985, 2003; Roisin, 2004). « Si la violence a cette capacité, c'est parce qu'elle est un processus relationnel contenant une charge destructive dirigée sur autrui » (Fischer, 2003, p. 33). Comme nous l'avons souligné antérieurement, quand il est question de catastrophes et que celles-ci sont le fruit de la participation d'un

³ « La personne d'abord » est une expression couramment employée par les intervenants.

autre être humain, les séquelles sont toujours plus sévères (Brillon, 2004; Brunet *et al.* 2006; Côté, 1996; Maltais *et al.*, 2005).

Outre les malaises déjà cités, le retrait, la perte de confiance envers autrui, le sentiment d'être incompris, l'impression d'être devenu étranger, l'absence de mots pour dire la profondeur du mal, tout cela s'installe et engendre une rupture avec le monde extérieur (Barrois, 1988; Beauchemin, 2001; Crocq, 2001; Lebigot, 2002; Fischer, 2003; Roisin, 2003). Les points de repère et les habitudes de vie ne sont plus les mêmes et cela exige de nouvelles adaptations. Les répercussions sur les liens sociaux viennent en partie de l'attitude personnelle des personnes traumatisées, mais aussi de celles des autres et de la société en général (Figley, 1985, 1986; Fischer, 2003; Maltais, 2005; Ion, 2006). Plutôt que de confiner la personne dans un rôle de « porteur de symptômes » ou de « porteur de maladie », il devient important de la considérer comme un individu à part entière. S'intéressant au contexte traumatique des immigrants et des réfugiés, Pocreau (2005) rend compte de l'importance du travail sur les liens sociaux :

Travailler sur les liens sociaux, c'est accompagner le sujet dans l'évocation de son histoire personnelle, celle de sa famille, de ses ancêtres. C'est l'aider à se réinscrire dans celle-ci, après la fracture qu'il a subie [...] Restaurer la capacité relationnelle, c'est aussi, au présent [...], renforcer et soutenir les liens nouveaux que le sujet est appelé à nouer dans la société d'accueil (Pocreau, 2005, p. 232-233).

Les liens sociaux peuvent être transformés par une façon de se réinscrire dans sa trajectoire de vie, de réparer son rapport à l'autre, de nouer ou renouer des liens pouvant être constructeurs mais pouvant dénouer et même empêcher des liens s'annonçant destructeurs. Malheureusement, il y aura toujours, des personnes violentes, barbares et destructrices et personne n'est à l'abri d'événements traumatisants.

L'intervenant, travailleur social ou autre, a un rôle à jouer dans la reconstruction des liens sociaux dans tous les types de liens concernés par notre étude, c'est-à-dire ceux avec les amis, les collègues d'étude ou de travail, les membres de différents groupes, les intervenants, le voisinage, la famille ou le conjoint, dans la recherche d'un mieux-être pour la personne dans la reconstruction de ses liens sociaux. Nous entreprenons ainsi l'étude du dernier concept de notre étude touchant les liens sociaux et le traumatisme.

2.2 Les liens sociaux et le trauma

La question des liens sociaux est présente dans la littérature : « C'est aux manières de faire lien que s'attache l'intervenant social », précise Ion (2005, p. 17) et « [...] le travail social actuel cadre ses réponses autour de la *relation* », écrit Ravon (2005, cité dans Ion et al. 2005, p. 34). La connaissance générale de la sociologie se donne comme objet les relations sociales elles-mêmes, « étant donné la 'nature sociale' de l'homme, c'est-à-dire la condition d'être lié aux autres » (Beauchemin, 2001, p. 245).

Bien que pour Le Bot (2002), la recherche de satisfaction des besoins personnels prime dans la création des liens sociaux, il s'avère que le lien social suppose une construction par alliance. Paradoxalement, cette alliance ne peut se construire que dans le dépassement d'une rupture dont le fondement même est basé sur un principe d'exclusion qui interdit meurtre, cannibalisme et inceste. Sans cet interdit, les liens sociaux ne peuvent exister (Le Bot, 2002; Roisin, 2003). Apfeldorfer (2006, p. 19) pose les fondements du lien social dans un mouvement d'aller-retour entre « donner et recevoir ». De plus, les liens sociaux supposent une implication dans des responsabilités qu'on assume ensemble ou des activités qu'on fait avec l'autre. Les relations humaines sont organisées à partir des lois d'échange d'objets et de services basés sur des règles d'équité où chacun doit trouver son intérêt. « Tous ces dons tissent des liens et, à force de liens, on devient alliés ». Un don n'est jamais gratuit, car il demande, sinon oblige, à rendre la pareille :

Les trocs d'objets ou de services sont des occasions de contacts relationnels; mais tout don fait sur un mode apparemment désintéressé va plus loin : il oblige sur le long terme et se veut l'amorce d'une circulation. C'est cette circulation de dons et de services entre les individus ou les groupes sociaux qui les lie, qui les rend interdépendants (Apfeldorfer, 2006, p. 20).

Langlois (1994, p. 1125) rappelle que le don a « une valeur de modèle » pour les personnes en relation d'aide, où l'autre est considéré comme une personne et non comme un client ou un usager de service. De façon générale, « être en lien avec les autres » est socialement valorisé. Ce tissage relationnel s'avère nécessaire au bien-être et à l'évolution de chacun, en plus d'assurer une protection personnelle et sociale qui permet une meilleure gestion du stress (Figley, 1985; Crocq, 2001; Lebigot, 2002; Fischer, 2003; Maltais, 2005). Quand il est question d'événements stressants et traumatisants, un rôle de liaison et de

protection revient à l'entourage (famille, amis, groupes de survivants); ce rôle permet d'être moins vulnérable et plus fort. En plus d'apporter force et réconfort, ces alliances favorisent de nouveaux apprentissages et sont propices au développement personnel. Les personnes les mieux intégrées dans leur communauté ont une meilleure santé « que les personnes isolées » (Caron et Guay, 2005, p. 7).

Dans la littérature, ces alliances sont souvent étudiées sous l'angle du soutien social comme dans l'étude de Maltais et *al.* (2005) qui montre que lorsque le soutien est perçu positivement, il facilite l'adaptation des individus victimes d'une catastrophe. Ce qui a aussi un effet bénéfique sur leur santé psychologique et physique. Lorsque le soutien est perçu négativement, on note une augmentation du niveau de stress créant ainsi un impact important sur la santé psychologique. Le niveau de soutien social peut aussi avoir un impact direct sur la santé des personnes. La perception du manque et le manque réel de soutien peuvent causer des souffrances psychologiques et des problèmes de santé physique comme la vulnérabilité au stress, à la détresse, à la consommation d'alcool, à la névrose, à l'anxiété, à la somatisation et à la symptomatologie du stress post-traumatique (Maltais et *al.*, 2005). Un soutien social suffisant permet la réduction du niveau de stress, favorise l'adaptation des personnes à leur situation et présente moins de symptômes de stress post-traumatique. Par contre, certaines recherches mentionnent qu'un niveau d'intimité plus élevé et davantage de soutien social de la part des amis ont créé plus de stress, d'anxiété et de dépression chez des femmes en contexte de guerre, que chez d'autres qui recevaient moins de soutien social. « Une quantité modérée de soutien social contribuerait à la résistance au stress, tandis que des niveaux élevés ou faibles nuiraient à la santé psychologique » (Maltais et *al.*, 2005, p. 160, citant Solomon et Smith, 1994). Il semble qu'en gérontologie, le lien social le plus bénéfique sur la santé mentale est le lien amical et ce, beaucoup plus que le soutien familial. La camaraderie dans le lien amical est présentée comme une fonction majeure dans les relations sociales, alors que le lien familial procure une satisfaction de base. Figley (1986, p. 157) identifie cinq dimensions de soutien reliées au bien-être psychologique des victimes d'un désastre : « le soutien émotionnel, l'encouragement, l'avis, la camaraderie et l'aide tangible ». Les capacités d'adaptation sont moindres quand les personnes qui composent le soutien social ont des attitudes de blâme, de culpabilisation et quand elles ne croient pas les victimes (*Ibid.*, p. 302). Ici encore, on pourra comprendre l'isolement social des traumatisés,

car un comportement blâmant et culpabilisant n'a rien d'invitant, au contraire, il favorise le maintien des traumatisés dans un contexte d'exclusion sociale et détruit l'apport dans les liens sociaux. Figley (1985, citant Lindy et *al.*, 1981, p. 61) considère que le soutien offert par l'entourage (famille, amis, groupes de survivants) contribue à recréer la membrane protectrice qui a pour fonction de permettre à la personne de surmonter le traumatisme et de la protéger contre tout ce qui pourrait être menaçant et pourrait créer un autre trauma. Crocq (2001) et Lebigot (2002) ont décrit cette membrane protectrice de l'appareil psychique.

En général, la famille est représentée comme étant le plus important système de soutien social suite à une catastrophe. Ensuite, les amis, les voisins et les institutions religieuses vont jouer un rôle important lorsque la famille est peu présente. Les autres organismes seront contactés en dernier lieu (Maltais et *al.*, p. 156-157). Quand le lien avec l'entourage aidant à l'adaptation sociale est restreint, l'aide thérapeutique, tant individuelle qu'en groupe et l'aide provenant des ressources extérieures, tant communautaires que des réseaux de santé publique, peuvent offrir le soutien nécessaire à cette adaptation sociale (Figley, 1986; Rivière, 1998; Crocq, 2001; De Clercq, 2001; Lebigot, 2002; Fischer, 2003; Roisin, 2003; Campeau et *al.*, 2004; Ion, 2005). Quand le soutien des groupes d'aide s'impose pour sortir de l'isolement, il sert à pousser la personne à réintégrer la communauté et non à demeurer fermée sur le groupe. Les participants doivent s'engager à dépasser la quête des semblables afin de s'ouvrir à la communauté et retrouver leur sentiment d'appartenance (Roisin, 2003). Pocreau (2005) a aussi relevé ce dépassement dans le travail sur les liens sociaux auprès des personnes immigrantes et réfugiées (*voir* au point 2.1.1).

Nous avons vu que pour les personnes âgées, le lien social le plus bénéfique en contexte traumatique est le lien amical (Maltais et *al.*, 2005). Cela rejoint un des types de liens que nous voulons observer, autres que familiaux, soit les liens avec les amis, les collègues de travail ou d'étude, les membres d'un groupe, les voisins, les intervenants, etc. Dans notre société, tout repose sur les familles, alors qu'elles sont souvent fatiguées, divisées, sinon démunies ou absentes, ce qui demande que l'aide provienne de l'extérieur. En ce sens, il existe beaucoup de littérature concernant l'aide accordée par le réseau public et privé. À titre d'exemple, Roisin (2003, p. 163-173) a été l'investigateur de groupes d'aide supportés par l'État pour des femmes victimes. Ce groupe, tel que présenté par l'auteur, devient un véhicule pour la reconstruction des liens sociaux. Il permet de sortir de

l'isolement social tout en reprenant une certaine confiance dans les relations humaines jusque-là perdues. Roisin soutient qu'il importe de quitter le groupe de ses semblables afin d'arriver à se lier de nouveau avec les autres. Pour engager ce processus évolutif, l'auteur s'appuie sur cinq propositions concernant l'orientation du travail clinique du groupe : le groupe favorise un sentiment d'appartenance à la communauté; ce lieu de parole permet la prise de conscience de la violence et de la barbarie humaine; il renforce l'alliance avec les autres victimes et, surtout, il favorise la liaison avec les autres membres de la société; enfin, les interactions favorisent la créativité et l'émergence de ressources parfois insoupçonnées.

Dans le cadre de ces groupes, l'expression des désirs les plus violents est acceptée. Cependant, le passage à l'acte violent est exclu ainsi que toutes les manifestations de régression et de fusion. L'acceptation des similarités des traumatismes et la confrontation de leurs différences aident le passage de la déliaison à la liaison sociale.

Cette expérience de groupe sème l'espoir. En effet, le groupe permet de s'allier aux autres dans un milieu sécuritaire restreint et soutient dans la reprise de contact avec les membres de la communauté externe. Voyons maintenant les conséquences que peuvent provoquer un événement traumatisant.

2.3 Les répercussions du trauma sur les liens sociaux

Cet intérêt pour les répercussions d'un événement traumatisant sur les liens sociaux découle d'une hypothèse de départ. Avant de nous inscrire à la maîtrise, nous portions un grand intérêt aux relations humaines. En rapport avec le traumatisme, nous étions curieuse de comprendre comment une personne vivait ses relations interpersonnelles après avoir été agressée par une autre personne. Nous avons donc orienté notre étude sur la compréhension des répercussions d'un événement traumatisant sur les liens sociaux. Nous voulions comprendre comment les personnes traumatisées reprenaient contact avec les personnes de leur entourage. Nous avons rassemblé les données sous le thème *les répercussions négatives et les répercussions positives*.

2.3.1 Répercussions négatives

À propos des *répercussions négatives*, la dépression, le suicide, la répétition (comme victime ou agresseur), l'isolement social, l'homicide et les difficultés relationnelles sont les impacts négatifs les plus souvent rapportés (Côté, 1996; Marchand *et al.*, 1998; Crocq, 2000; Morbois et Casalis, 2002; Fischer, 2003). Les points de repère et les habitudes de vie ne sont plus les mêmes, ce qui exige de nouvelles adaptations (Barrois, 1988; Beauchemin, 2001; Crocq, 2001; Lebigot, 2002; Fischer, 2003; Roisin, 2003; Brillon, 2004). Nous avons vu que les conséquences négatives d'une expérience traumatique peuvent être physiques, psychologiques et/ou sociales (Maltais *et al.*, 2001a, 2005; Fischer, 2003; Roisin, 2003), toutefois, les effets sont peu connus (Maltais *et al.*, 2001a, p. 233). Selon Maltais *et al.* (2001a, p. 234-235), la détérioration de la santé psychologique est surtout reliée aux symptômes rattachés aux troubles anxieux, principalement au stress post-traumatique. Par exemple, on rapporte des difficultés de sommeil et de concentration, de l'hypervigilance, des cauchemars, des phobies, etc. En plus de déclencher des problèmes physiques et sociaux comme la difficulté de poursuivre certaines activités familiales, sociales ou professionnelles, la vie sociale, familiale et conjugale est souvent perturbée (Maltais *et al.*, 2001a, p. 242 et 245, citant Barton, 1969) :

Si certains auteurs ont noté peu de perturbations conjugales ou familiales après un désastre (Aguirre, 1980; Ollendick et Hoffman, 1982; Robins, 1986), d'autres auteurs ont pu relever des ruptures, des relations affectées, des conflits importants ou de la violence chez les populations étudiées (Adams et Adams, 1984; Erickson, 1976; Etcherling *et al.*, 1988; Powell et Penick, 1983; Raphael, 1986) [...] Les difficultés familiales risquent également d'être accentuées par les conséquences directes du sinistre telles la perte d'emploi, les problèmes financiers, les efforts consentis à la reconstruction, etc. (Crabbs *et al.*, 1981).

Pour Fischer (2003, p. 59), la vie est brisée et la blessure est psychique. La « souffrance » psychologique est profonde et s'inscrit dans le corps. La personne est dans un « mal de vivre ». Cette souffrance est reconnue comme normale, car la personne a été blessée et détruite en soi. Elle n'est surtout pas une maladie, précise l'auteur (*Ibid.*, p. 60). Les symptômes psychologiques soulignés suite aux atteintes portées à l'intégrité physique des personnes victimes de tortures sont :

[...] les cauchemars, la tendance au retrait et à l'isolement social, la dévaluation personnelle, la perte de vision confiante dans les autres, un malaise existentiel correspondant à ce que les chercheurs appellent un engourdissement psychique (*psychic numbing*) directement provoqué par la torture (Fischer, 2003, citant Suedfeld, 1990, p. 63).

Les séquelles des victimes de viol et d'inceste sont tout aussi graves et profondes :

[...] une fille abusée pourra utiliser son corps pour manipuler les autres; elle pourra rechercher la multiplicité ou une succession de partenaires sexuels; elle montrera parfois une aversion plus ou moins marquée pour la sexualité et l'intimité; elle pourra rester attachée à la personne qui l'a violée... Les victimes d'inceste manifestent ces troubles de sexualité de plusieurs façons : voyeurisme ou exhibitionnisme, rapports ambivalents aux hommes, attitudes séductrices dangereuses pour elles, incapacités à se protéger, inconstance dans les sentiments, aventures et relations sexuelles multiples, etc. (Fischer, 2003, p. 64).

Détresse, tentative de suicide, sentiment de cassure profonde, de honte et de culpabilité sont au chapitre des séquelles des blessés. Nous nous sommes attardée au sentiment de honte et de culpabilité qui implique souvent, à la base, une rupture avec les autres.

Relativement au sentiment de honte et de culpabilité, Fischer (2003) décrit certains comportements comme expier ou « payer » pour les autres, se croire en dette vis-à-vis de tout le monde, porter leurs fardeaux, donner l'impression de ne jamais en faire assez, rendre des services, se rendre utile à tout prix (*Ibid.*, p. 71). Il y a la honte et la culpabilité de vivre et la responsabilisation d'avoir vécu un tel événement : « je m'en veux encore aujourd'hui de ce qui m'est arrivé, de l'avoir laissé faire et de m'être fait avoir comme ça » (femme violée). Fischer (2003) explique que ces sentiments peuvent amener les personnes à se sur-responsabiliser pour tout ce qui ne va pas dans leur vie. Le « sentiment de culpabilité le plus fort », selon lui, se retrouve dans une attitude de conformité aux normes sociales et de soumission à l'autorité dont le degré est élevé (*Ibid.*, p. 72). Pour les survivants de camps de concentration, le sentiment de culpabilité est rattaché au sentiment de vivre alors que les autres sont morts (Fischer, 2003, citant Primo-Levi, 1989, p. 73), c'est se percevoir comme responsables et complices de la mort des autres (Fischer, 2003, citant Jaspers, 1948, p. 73). Pour les victimes d'inceste, le sentiment de culpabilité se trouve dans le sentiment de ne plus pouvoir être une femme en soi (mère, fille, femme), car la femme en elle a été tuée (*Ibid.*,

p. 73). Tous ces états d'être expliquent comment il se fait que c'est si pénible de réintégrer la vie sociale.

Parce que les gens autour « ne s'y intéressent pas vraiment », ne comprennent pas, n'entendent pas l'événement, même quand il est raconté, « beaucoup se sont retranchés derrière un mur du silence » (*Ibid.*, p. 79-80). Ce mur du silence rejoint le « mur infranchissable » que Jaccard (1975, p. 8) traduit par l'expression d'exil intérieur qu'il définit ainsi : « c'est ce retrait de la réalité chaude, vibrante, humaine, directe et le repli sur soi; la fuite dans l'imaginaire ». Pour lui, l'homme de la modernité est l'homme de l'exil intérieur. L'homme moderne est devenu « schizoïde » quand il est en dehors de l'hôpital et « schizophrène » quand il est dans les murs de l'hôpital (*Ibid.*, p. 15). Pour servir le propos de notre étude, nous avons extrait la définition de l'exil intérieur de Jaccard de son analyse sociologique. C'est dans « ce mur du silence », comme l'appelle Fischer, que les gens se taisent durant des années; l'événement est devenu « leur secret ». Un des motifs est que, parfois, les gens vivent l'événement comme étant « trop lourd pour les autres » (Fischer, 2003, p. 80). Ce qui suppose qu'on le garde pour soi. En plus de la maladie, de la solitude, de diverses pertes sociales (travail, activités sociales), certains présentent des comportements violents dirigés contre des objets (*Ibid.*, p. 103). Il est possible de penser que certaines personnes doivent exprimer cette violence en la dirigeant vers les membres de leur entourage et, probablement, de la société.

Le sentiment de honte et de culpabilité renforce l'isolement, précisent Roisin (2003, p. 164) et Fischer (2003). Dans les groupes de parole qu'il anime, Roisin a entendu une participante dire : « personne ne peut comprendre ce qui nous est arrivé, à moins de l'avoir vécu lui aussi dans sa chair ». Il a observé que la foi dans les valeurs de l'être humain et le sentiment d'appartenance à la communauté se trouvent détruits. La révolte et l'impuissance sont ressenties. La rupture avec la communauté humaine prend diverses formes : une première s'enferme chez elle durant une année complète, elle vit isolée et récluse, elle se met à grossir pour ne plus attirer l'autre; une deuxième ne voulait plus prendre soin de son nouveau-né; alors qu'une troisième jure qu'elle ne fera plus jamais confiance « à personne », car une journée ils sont vos amis et le lendemain, ils vous trahissent. Elle se réfugie dans le silence (*Ibid.*, p. 167). L'attachement à l'agresseur est surtout expliqué par la haine et la culpabilité, mais on peut y retrouver d'autres états émotifs comme c'est le cas

d'une jeune fille violée qui dit éprouver de la compassion pour son agresseur. Cette jeune fille était malheureuse devant la faible condition psychologique de celui qui l'avait violée. On peut aussi retrouver des femmes qui ont ressenti de l'ambivalence face à l'agresseur (*Ibid.*, p. 174). Une intention de vengeance, une envie de faire payer, une révolte contre le système judiciaire et une désillusion sur le lien social (*Ibid.*, p. 169-170) résument l'idée de Roisin (2003) et peuvent se traduire en termes de répercussions négatives.

Les recherches démontrent que les répercussions négatives sur les liens sociaux proviennent, en partie, de l'attitude des personnes traumatisées, mais on peut constater qu'elles peuvent être provoquées par les attitudes des membres de l'entourage et de la société en général (Figley, 1985, 1986; Maltais *et al.*, 2005; Ion, 2006). De fait, les auteurs rappellent que nous vivons dans une société plus intéressée à répondre à des critères de performance, de beauté et de bonheur instantané que de s'occuper de personnes vulnérables et souffrantes.

2.3.2 Répercussions positives

Suite au dernier commentaire, il peut paraître curieux de poursuivre l'objet d'étude par les *répercussions positives* mais, en fait, ce que nous voulons surtout relever ce sont les capacités de chacun à pouvoir utiliser ses ressources pour que l'événement devienne une occasion de changement. Or, nous croyons, comme Lefebvre (2000, p. 32) l'a soulevé que les personnes traumatisées possèdent « des ressources insoupçonnées ». Ces personnes ont vécu une situation anormale, souvent elles ont eu peu de prise sur l'événement qui ne dépendait pas d'elles et, surtout, qu'elles ne souhaitaient pas.

Ainsi, par *répercussions positives*, nous entendons les répercussions pouvant apporter des changements bénéfiques à travers les liens sociaux de la personne. Les concepts de rebondissement (Fischer, 2003) et de résilience (Cyrułnik, 1999, 2001) viennent enrichir nos représentations. La résilience provenant de la physique désignait la résistance du corps au choc. Plus tard, les sciences sociales la définiront par « la capacité à réussir, à vivre et à se développer positivement, de manière socialement acceptable, en dépit du stress ou d'une adversité qui comporte normalement le risque grave d'une issue négative » (Cyrułnik, 1999, p. 10, citant Vanistendael, 1998). La résilience, c'est la capacité de rebondissement comme

mécanisme d'adaptation et de survie permettant à un individu, même confronté à la mort et aux événements douloureux de la vie, de se reconstruire une vie sociale riche de sens (Cyrułnik, 1999, 2001; Delage, 2001; Fischer, 2003). Lecomte (1999, p. 17) mentionne que les personnes s'en sortent pour elles-mêmes, pour les personnes qu'elles estiment ou encore pour réaliser un projet.

Dans les situations extrêmes, c'est la combinaison de stratégies personnelles et de soutien social qui constitue les ingrédients essentiels pour aider à redonner un sens à la vie (Lecomte, 1999; Delage, 2001; Fischer, 2003; Maltais *et al.*, 2005). Cet amalgame de stratégies personnelles et de soutien social représente les répercussions positives. Quant aux stratégies personnelles, il est possible de considérer la capacité d'être seul comme « une ressource précieuse qui permet d'être en contact avec ses sentiments les plus profonds, de développer son imagination créatrice et de mieux supporter la perte » (Hirigoyen, 2007, p. 184) alors que les auteurs s'étant penchés sur les concepts de la résilience évoquent les qualités relatives au caractère et au tempérament. Les capacités relevées par les auteurs sont la capacité : 1) de reconnaître son propre potentiel avec ses forces, ses croyances, ses attitudes, ses valeurs; 2) de donner un sens à la vie, de se fixer des objectifs et de les atteindre; 3) d'analyser la situation et de pouvoir prendre une distance avec la souffrance; 4) de faire des efforts pour s'adapter et de poser des actions permettant de préserver son intégrité personnelle et de développer des habiletés, tant sociales qu'interpersonnelles; 5) de se reconstruire (Cyrułnik, 1999, 2001; Lecomte, 1999; Delage, 2001; Fischer, 2003). Delage (2001, p. 114-115) associe la réussite de la résilience à trois directions possibles : 1) la capacité à s'extraire de l'expérience agressive; 2) la capacité à maîtriser le traumatisme par l'humour, l'imaginaire, l'abstraction et l'intellectualisation, l'action; 3) la capacité à instaurer des liens de qualité où existent l'empathie, l'ouverture d'esprit, l'inventivité et la créativité. Ici, la mise en récit de l'expérience éprouvée va reprendre tout son sens devant un auditeur attentif. Plusieurs auteurs s'entendent pour dire, tout comme Lefebvre (2000), qu'il existe des ressources inattendues chez l'être humain qui lui permette de venir à bout d'épreuves difficilement surmontables (Lecomte, 1999; Pollack, 2000; Fischer, 2003; Roisin, 2003)

Les répercussions positives proviennent donc de ces ressources personnelles et de celles fournies par les membres de l'entourage dont, entre autres, le soutien qu'ils peuvent

apporter. Selon Hirigoyen (2007, p. 204), « L'homme est un être social qui, certes, a besoin d'interactions avec ses semblables... ». Cette idée est partagée par les auteurs étudiés qui ont relevé les différents bienfaits associés au soutien social (Figley, 1985; Crocq, 2001; Lebigot, 2002; Fischer, 2003; Roisin, 2003; Maltais *et al.*, 2005). L'accès à des liens de qualité, que ce soit dans la communauté ou dans la famille, procure de la stabilité, de la fiabilité, de la sécurité, de la collaboration et du soutien (Cyrulnik, 1999, 2001; Lecomte, 1999; Delage, 2001; Fischer, 2003).

Le soutien social mentionné par les auteurs est relié aux différents systèmes d'aide de notre société, c'est-à-dire policiers, système judiciaire, réseau de la santé et des services sociaux, services spécialisés (privé ou public), centres de crise, interventions individuelles (thérapie) et de groupes, souvent communautaires (Rivière, 1998; Crocq, 2001; Cyrulnik, 2001; Maltais, 2001a, 2005; Lebigot, 2002; Fischer, 2003; Roisin, 2003; Campeau, 2004; Eliacheff et Soulez Larivière, 2007; Fassin et Rechtman, 2007). Rappelons que les liens sociaux étudiés sont ceux avec les amis, les collègues de travail ou d'étude, les membres d'un groupe quelconque, les voisins, les intervenants et avec toute personne reconnue comme significative pour la personne traumatisée. Quand l'entourage se trouve dans l'incapacité d'aider, la personne traumatisée devra recourir à une aide externe en consultant des professionnels de la santé ou en s'intégrant à des groupes communautaires ou autres, ce qui favorisera un processus de réparation procurant un sentiment d'appartenance et de « liaison » (Rivière, 1998; Crocq, 2001; Cyrulnik, 2001; Lebigot, 2002; Fischer, 2003; Roisin, 2003; Campeau, 2004).

Pour résumer, les répercussions positives supposent une capacité d'alliance entre soi (ses capacités et stratégies personnelles) et les autres (soutien social de l'entourage et de la société). La reconstruction de soi étant possible, le fonctionnement social devient plus probant et la possibilité de renouer avec des liens sociaux s'en trouve facilitée. C'est ce que nous explorerons dans le cadre de cette étude auprès de cinq personnes.

CHAPITRE III

MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE

3.1 L'approche qualitative

Nous avons choisi l'approche qualitative pour répondre à la question et aux objectifs de notre recherche. La souplesse, la rigueur, la minutie, la précision et la place accordées à l'intuition du chercheur sont autant de raisons qui ont motivé ce choix méthodologique. Mais surtout, l'approche qualitative apparaissait être la méthode idéale pour analyser l'essentiel des expériences recueillies. Elle allait nous permettre de comprendre les répercussions que pouvait avoir un événement traumatique sur les liens sociaux de personnes ayant vécu un tel événement, selon leurs propres perceptions et représentations d'expériences. Ainsi, comme le mentionnent Poupart *et al.* (1997), le qualitatif appuie l'émergence de sens par la parole des expériences transmises :

Un des aspects de la recherche qualitative consiste à analyser des données qualitatives. Ces données se présentent comme résistant à la mise en forme statique. Ce sont des données d'expérience, les représentations, les définitions de la situation, les opinions, les paroles, le sens de l'action et des phénomènes (Poupart *et al.*, 1997, p. 105).

3.2 L'échantillon

Pour composer notre échantillon, les critères de sélection suivants ont été établis :

- Les personnes devaient avoir été victime d'une forme quelconque de violence autre que des événements de guerre, de génocide ou d'attentats terroristes.
- Les personnes devaient avoir été agressées directement par une autre personne (agression physique, viol, menace ou blessure par arme).
- Les personnes avaient perçu l'événement comme traumatisant.
- L'événement vécu devait être isolé et non répété.
- Une période de six mois devait s'être écoulée depuis l'événement.

De façon générale, la personne devait démontrer de la stabilité émotionnelle, psychologique et sociale. Lors de l'entretien téléphonique, nous avons évalué la capacité des personnes à pouvoir répondre lors d'une entrevue sans se désorganiser ou devenir trop perturbée.

Même si nous avions comme critère que « l'événement vécu devait être isolé et non répété », dans les faits, il en a été autrement. En cours d'entrevue, les personnes ont réalisé qu'elles avaient vécu d'autres événements tout aussi traumatisants que celui pour lequel elles étaient interviewées. Elles en prenaient conscience au fur à mesure que l'entrevue progressait. Ainsi, la plupart de ces personnes avaient vécu au moins une autre agression ou un deuil. Cet événement pouvait être rapproché ou éloigné dans le temps de celui qui motivait l'entrevue. Notre intention de départ était d'éviter de recruter des personnes prises dans un processus de répétition continu d'événements mentionnés par Morbois et Casalis (2002, p. 57-58) : « L'évacuation du traumatisme de viol ayant échoué, dans sa recherche éperdue pour se libérer des scènes qui la hantent et sortir de cette impasse douloureuse, elle se retrouve acculée à la fausse solution de s'exposer à nouveau au danger pour essayer, une nouvelle fois, de maîtriser la situation ». Au début, les personnes rencontrées avaient confirmé avoir vécu un événement isolé et non répété. Toutes les personnes rencontrées répondaient à certains critères diagnostiques du stress post-traumatique, mais ce qui était important pour nous, c'était surtout que la personne reconnaissait avoir vécu un événement traumatisant qu'elle nommait comme tel.

Nous avons tenté d'obtenir un échantillon auprès d'organismes venant en aide aux personnes ayant vécu un traumatisme : le Centre d'aide aux victimes d'actes criminels (CAVAC), des centres de crise, d'aide pour les personnes en difficulté, des organismes impliqués dans des contextes d'agression et de violence, etc. Au total, une trentaine de services ont été contactés par téléphone (directeurs, coordonnateurs et intervenants). Seul le directeur du CAVAC a accepté de nous rencontrer et d'afficher un résumé de notre recherche dans trois lieux différents du centre. La majorité des personnes contactées demandait un résumé de la recherche. On ne voulait pas occuper la position d'intermédiaire. Quelques personnes ont confié connaître quelqu'un qui avait vécu un traumatisme mais n'y ont pas donné suite. Le motif le plus souvent évoqué était de laisser le libre choix à la personne sans l'influencer d'aucune façon vu que le sujet de la recherche était délicat. Nous avons ainsi obtenu deux candidatures. Comme nous n'avions que peu de réponses après

quelques mois d'affichage, nous avons décidé de nous adresser à des connaissances par le « bouche à oreille », ce qui nous a permis d'obtenir trois autres sujets.

Chaque personne a d'abord été contactée par téléphone, sauf une à qui nous avons parlé directement avant l'entrevue pour lui expliquer le but de la recherche. Toutes furent intéressées à partager leur expérience. Deux ont mentionné leur besoin de parler de l'événement afin de pouvoir se soulager alors que les trois autres espéraient que quelque chose change dans les services sociaux et de la santé, autant du côté des services offerts par les professionnels eux-mêmes que comme client recevant les services.

Pour les entrevues, nous avons sélectionné des personnes ayant vécu un événement traumatique de type interpersonnel, incluant une agression de type physique. Deux personnes ont été agressées en milieu de travail par un individu à qui elles offraient des services de santé, une autre a été attaquée à la sortie du métro pour un vol, l'une a vécu de la violence conjugale et la dernière a été violée et empoisonnée. Notre échantillonnage se compose donc de cinq personnes, toutes des femmes. Pour un échantillon plus représentatif, nous aurions souhaité interviewer des hommes, mais aucun sujet ne s'est présenté.

Comme on peut le constater, le recrutement fut difficile. Pour expliquer le manque de participants masculins, nous pensons que les hommes pouvaient être plus silencieux sur leurs souffrances et, probablement, qu'ils tentent plus souvent de s'en sortir seul. Mais nous formulons aussi l'hypothèse que la réaction des hommes à la violence peut être différente de celles des femmes et qu'ils s'en remettent plus aisément et plus rapidement.

3.3 La méthode de collecte

Nous avons réalisé six entrevues semi-dirigées dont deux avec la même personne. Ces deux entrevues ont été nécessaires parce qu'il nous manquait des informations. La durée des six entrevues a été de 90 à 120 minutes et elles se sont déroulées dans un lieu choisi par les personnes interrogées : deux ont choisi leur logement, deux autres leur ressource d'hébergement et une autre a tenu à nous rencontrer à son travail. Chacune a été impliquée dans un événement incluant un contact interpersonnel avec l'agresseur.

Avant de procéder à l'entrevue, nous avons rappelé de façon succincte le but de la recherche. Puis, le formulaire de consentement éclairé (voir appendice B) fut signé afin de procéder à l'enregistrement, d'assurer la confidentialité et d'expliquer les procédures d'utilisation des données recueillies. Toutes les entrevues ont été enregistrées et chaque participante a reçu une copie du formulaire de consentement.

Les entrevues, semi-directives, débutaient par une question permettant de connaître la perception et les représentations spontanées que chacune rattachait à l'événement traumatique vécu, laissant une large part à l'expression personnelle et ce, sans que nous intervenions. Notre question de départ se formulait, à quelques mots près, ainsi : *« Je sais que l'événement que vous avez vécu fut difficile, mais pouvez-vous quand même me parler de l'événement que vous avez vécu ? »*

Il est arrivé que nous posions quelques questions pour éclairer certains propos ou approfondir une information transmise, mais sans plus. Nous avons offert plus de support et de temps de contact avant l'enregistrement à deux des personnes interviewées. L'une d'elle éprouvait des difficultés à raconter l'événement par le fait d'être enregistrée et l'autre tremblait de nervosité. Nous avons pris le temps nécessaire pour les rassurer avant de débiter l'enregistrement. Mentionnons que la première personne que nous avons interviewée en pré-test a répondu à cette question à la deuxième entrevue.

Après le récit de l'événement, nous avons poursuivi avec les questions d'entrevue, toujours en favorisant l'expression spontanée et en ramenant, si nécessaire, au sujet (voir appendice A). En cours d'entrevue, notre façon de procéder avec chacune pouvait différer. Certaines demandant plus d'orientations alors que d'autres défilaient leur histoire de façon à répondre aux questions sans que celles-ci soient posées directement. Les commentaires apportés servaient à signifier notre écoute que nous voulions attentive et active. Nous avons communiqué notre compréhension à l'aide d'une synthèse ou dans le partage d'une observation ou d'une impression. Cela avait pour effet de relancer ou d'approfondir le propos en cours pour la personne ou, encore, permettait d'ouvrir sur la question suivante.

L'explication de la recherche, présentée au début de l'entrevue, a amené quelques personnes à raconter leur histoire presque d'un trait avec peu de questions de notre part.

L'une d'elles s'était même préparée avant l'entrevue en relisant les quelques pages explicatives distribuées aux personnes ou aux organismes susceptibles d'être intéressés par notre sujet. C'est avec respect, chaleur, confiance et confiance que nous avons accueilli chacune de ces personnes dans leur manière personnelle de nous révéler leur histoire.

Vers la fin des entrevues, nous veillions à ce que tous nos thèmes soient couverts. Il nous est arrivé de poser quelques questions afin d'obtenir des précisions. Après la description de l'événement, nous tenions à aborder les thèmes suivants pour toutes les entrevues :

- les liens sociaux avant l'événement : les types de relations : travail, amis, études, groupes (ex: religieux, communautaire, d'aide), intervenants, voisinage, etc.;
- une description de l'état d'être dans les relations avec les autres tout de suite après l'événement;
- les réactions des autres suite à l'événement;
- la ou les personnes significatives;
- les changements principaux dans les relations suite à l'événement;
- les liens sociaux après l'événement couvrant les types de relations déjà citées;
- l'impact relationnel spécifique relié au fait d'avoir été agressé par un être humain;
- les répercussions sur les liens sociaux.

En cours d'entrevue, nous relevions par écrit les comportements non verbaux se rattachant à des paroles précises. Suite à chacune des entrevues, nous avons noté des observations et impressions relevant du contenu dans un journal de bord.

À la toute fin des entrevues, nous avons pris soin de demander à chacune comment elle se sentait suite à l'entrevue. Toutes nous ont dit que cela leur avait fait du bien.

3.4 Le traitement des données

Pour traiter et analyser les données recueillies, l'analyse qualitative a été priorisée selon la méthode de thématisation de Paillé et Mucchielli (2005, p.138) : « Règle générale, l'analyse [...] débouche sur la construction d'une représentation synthétique et structurée du contenu analysé ». D'abord, le verbatim de chacune des entrevues enregistrées a été transcrit

intégralement. Cela nous a rappelé le contexte de chacune des entrevues et nous avons pu, une fois de plus, « être avec » la personne interviewée, autant avec leurs émotions, leurs expressions non verbales que leurs silences.

À l'aide de lectures, nous avons procédé à la recherche de thèmes et de sous-thèmes pouvant rassembler les significations apportées par les personnes ayant ce vécu traumatisant. De ces lectures, il a été possible de faire ressortir des éléments-clés représentant des ressemblances et des différences. Puis, nous avons regroupé les contenus par rapport à chacune des questions pour l'ensemble des entrevues. Ensuite, nous avons procédé, à l'aide des éléments-clés, à une thématisation plus formelle permettant de laisser surgir les thèmes principaux les plus représentatifs de la problématique de l'étude, comme le soulignent Paillé et Mucchielli (2005) :

L'analyse thématique n'a pour fonction essentielle ni d'interpréter (contrairement à certaines formes d'analyse à caractère herméneutique), ni de théoriser (contrairement au travail d'analyse à l'aide de catégories), ni de dégager l'essence d'une expérience (contrairement à l'analyse phénoménologique). Elle est d'abord et avant tout une méthode servant au relevé et à la synthèse des thèmes présents dans un corpus (p. 136).

Cette synthèse thématique a permis de situer les répercussions négatives et positives pouvant représenter les changements apportés sur les liens sociaux rapportés par les personnes interviewées.

Les thèmes évocateurs du vécu des personnes traumatisées se lisent comme suit. Pour représenter les changements apportés sur les liens sociaux en termes de répercussions négatives, nous avons retenu quatre thèmes principaux. Un premier thème, celui de « la rupture sociale », présente les attitudes de repli sur soi et de retrait social retrouvées chez la majorité des personnes rencontrées. Un deuxième, « la confiance atteinte », reflète les pertes et les lésions rapportées par les personnes suite à un événement où l'agression a été exécutée par une autre personne. Un troisième thème, « l'emprise de la peur », rassemble les peurs éprouvées par les personnes interviewées comme étant l'émotion la plus présente et la plus handicapante. Finalement, un quatrième thème, « l'incompréhension des autres », regroupe l'ensemble des réactions des personnes composant l'entourage des personnes traumatisées.

Deux thèmes principaux désignent les changements apportés sur les liens sociaux en termes de répercussions positives : la synthèse d'un mouvement entre des moments de solitudes avec soi-même et des moments d'échanges avec les autres. Nous avons extrait des contenus d'entrevues deux points : « le retour à soi » et « le refus de la rupture sociale ». Il est à noter que tous les styles de liens dont il a été question en entrevue ont été mentionnés, soit les liens sociaux au travail, avec les amis, aux études, avec des groupes (ex: religieux, communautaire, d'aide), des intervenants, le voisinage, la famille et en couple.

Deux types d'analyse ont été réalisés pour représenter l'ensemble des données recueillies. Dans un premier temps, une analyse verticale (contenu des entrevues) pour rassembler l'ensemble des données en rapport avec les liens sociaux étudiés et, dans un deuxième temps, une analyse transversale a permis de comparer entre eux les liens sociaux étudiés et d'établir des relations avec les différents thèmes obtenus par repérage.

Pour procéder à l'analyse des résultats et à sa discussion, nous avons synthétisé le cadre théorique sous forme de tableaux (voir appendice C, tableaux 2 et 3) regroupant les principales théories. Ces tableaux-synthèses ont facilité le mouvement « d'aller-retour entre les perspectives théoriques [...] et les observations empiriques », comme le rappelle Laperrière (1997, p. 374).

L'analyse qualitative a permis d'élargir notre compréhension sur les changements dans les liens sociaux que pouvaient provoquer une agression directe avec un être humain et d'en établir certaines répercussions négatives et positives.

CHAPITRE IV

PRÉSENTATION DES DONNÉES

Cette étude avait pour objectif de développer des connaissances sur les répercussions d'un événement traumatisant sur les liens sociaux. Nous nous sommes demandé comment les personnes traumatisées se remettaient en lien, ou pas, quand l'événement traumatisant impliquait un contact direct avec l'agresseur : un autre être humain. L'analyse des récits d'expérience des cinq femmes rencontrées a permis de cerner les composantes reliées aux répercussions de l'événement traumatisant sur leurs liens sociaux. Dans ce chapitre, nous présentons les récits des personnes interviewées en racontant le plus fidèlement possible l'événement traumatisant qu'elles nous ont confié. Tiré de leur vécu, nous traçons un portrait des liens sociaux qu'elles entretenaient avant l'événement. Ce portrait nous permettra de mieux identifier les répercussions de l'événement traumatisant sur leurs liens sociaux dans la période après l'événement traumatisant. C'est à travers les histoires de Joëlle¹, Jeanne, Marie, Jacinthe et Pauline que nous allons répondre à la question centrale de cette recherche.

Chacune des personnes interviewées nous a raconté l'événement vécu dans les moindres détails tout en prenant soin d'en reconstituer la chronologie. La narration de l'événement fut si intense et vivante que nous avons eu l'impression, à certains moments, d'être sur les lieux avec chacune. Des cinq personnes interviewées, deux des agressions ont eu lieu dans leur milieu de travail, deux sont arrivées dans leur appartement et une s'est déroulée à la sortie du métro. Dans le milieu de travail, l'événement s'est produit avec une personne à qui elles procuraient des soins de santé mentale, il s'agit de Jeanne et Pauline. Dans le contexte de cohabitation, une des deux personnes était en couple, Marie, alors que

¹ La confidentialité des personnes interviewées est préservée par des prénoms fictifs.

Joëlle partageait l'appartement avec une personne peu connue pour des motifs financiers, mais surtout pour maintenir un lien de rapprochement avec un des hommes de son nouveau réseau social. Pour ce qui est de l'attaque à la sortie du métro où Jacinthe a reçu des coups, l'événement est survenu avec un inconnu. Écoutons comment chacune relate l'événement traumatisant qu'elles ont vécu.

4.1 Les récits d'expérience traumatique

4.1.1 Joëlle, en cohabitation

Joëlle sort à peine d'une dépression lorsque son conjoint de quelques années se suicide. Elle annonce le décès à Jean tout en l'invitant au service religieux. Elle le connaît peu. Depuis un an, il livrait de la marijuana à son conjoint pour calmer sa dépression et ses problèmes cardiaques. Il est considéré comme un ami du conjoint. Quand Jean se présentait à son domicile, il ne s'adressait jamais à Joëlle. Elle avait observé qu'il paraissait bien et qu'il regardait toujours par terre. Elle en avait déduit qu'il était probablement timide.

Le jour des obsèques, Jean ne se présente pas. Par la suite, il téléphonera sur une base régulière, puis il invitera Joëlle chez lui pour prendre un verre avec des amis durant les Fêtes. C'est à ce moment qu'elle rencontrera Paul avec qui elle se lie rapidement d'amitié :

Et quand je suis arrivée chez lui (Jean), quelques minutes après, y'a un de ses copains qui arrive : Paul. Et lui (Jean), entre deux livraisons, il venait faire un tour. Paul est demeuré, on était assis au salon... [...] Paul, m'a intéressé. Paul, je le trouvais impressionnant... [...] Je le sais pas, ça l'a cliqué avec Paul. Paul et moi, on s'est assis au salon avec un petit verre et on a jase, jase, jase, jase, pis on dirait qu'on s'était toujours connu. On avait comme je ne sais pas quoi, je le trouvais, ah! Mon Dieu Paul, Ah lala! Je l'avais vraiment trouvé bien.

Joëlle accepte d'aller habiter en appartement avec Jean, avec en tête l'idée de se rapprocher de Paul. Elle n'a pas d'attente amoureuse avec Paul. Il était déjà en couple. Le fait que Joëlle est de retour aux études favorise aussi cette décision de cohabitation, car le partage des dépenses rend la vie plus facile financièrement.

Joëlle se décrit comme une personne solitaire, sans lien amical. Elle aime les études et l'entraînement physique. Elle raconte qu'elle est déménagée tellement souvent qu'elle

n'arrivait pas à s'établir vraiment pour avoir des amis. Après le suicide de son conjoint, son réseau d'amis est celui de Jean et de Paul. Elle perçoit Paul comme quelqu'un pouvant la protéger et assurer sa sécurité et elle investit en lui toute sa confiance.

Après quelques mois de cohabitation, Joëlle se rend compte que Jean consomme de plus en plus de drogue, au point où son comportement change et devient inquiétant, ce dont elle fait part à Paul, un ami d'adolescence de Jean. Paul explique qu'un gars lui fournit une quantité de drogues fortes. Joëlle observe les comportements bizarres de Jean et certains commentaires vont même jusqu'à la blesser. Quand il lui dit qu'il peut fabriquer du poison, elle s'est dit : « Il est malade! Plus malade que je pense ». Et, c'est resté là.

Un matin, au lever, elle trouve un plat d'aliments sur la table. Ce n'est pas habituel puisque Jean n'a jamais acheté de nourriture depuis qu'ils habitent ensemble. Elle en prend. Durant une semaine, elle dit avoir été malade sans comprendre ce qui lui arrivait. Elle ira à l'hôpital malgré l'opposition de Jean. Là, on diagnostique une gastroentérite. Lors de sa deuxième visite à l'urgence, on la garde pour une nuit. Quand elle rentre à l'appartement, Jean lui dit qu'on a dû l'envoyer en psychiatrie, car on a dû la prendre pour folle. Joëlle prétexte qu'elle est malade, sans plus.

La journée où elle reçoit son chèque d'aide sociale, Jean le réclame pour payer sa dette de drogues. Une dispute s'ensuit. Joëlle refuse vivement de lui remettre son chèque. Le soir même, en sortant de la douche, elle raconte, en pleurant :

Y'a fait le tour du lit, mais moi je pensais juste que... j'étais pas capable de parler, j'ai dit non, ben, j'ai dit... je m'apercevais là que j'étais en état de panique... je m'apercevais que tout ce qui se passait, ça allait vite dans ma tête. Je me disais, à un moment donné, je me rappelle avoir pensé à mes enfants. Je pensais à mes enfants. Là, y m'a agressé, y m'a tourné sur le ventre, là y'a embarqué sur le dos... en arrière, sur le dos... y m'a embarqué assis comme ça sur mon dos. Y m'a agressé par derrière. Pis là, je pensais à mes enfants, pis là y m'a étouffé, y m'étouffait avec sa main comme ça (mime le geste, la main dans le visage qui couvre la bouche et le nez) y m'empêchait de respirer... à trois reprises à peu près. Pis là, je me disais : y va me tuer, y va me tuer après ça. Y va me tuer. Je vais mourir (elle pleure).

Après quoi, il retourne consommer des drogues comme si de rien n'était. Joëlle sait qu'il a déjà eu des démêlés avec la justice, mais elle ignore de quel ordre. Cette nuit-là, elle restera éveillée, prise par la peur, accablée par les douleurs corporelles et incapable de

réfléchir; elle craint le pire. Dans les derniers jours, son état physique s'est fortement détérioré. Elle perd une livre par jour, a des douleurs abdominales, vomit, a la diarrhée, est étourdie et commence à perdre l'équilibre. Habituellement, elle est en bonne santé, active et s'entraîne quotidiennement.

Après l'agression sexuelle, elle continue d'être malade et se sent faiblir, tout en devenant de plus en plus paralysée et effrayée. Elle veut quitter les lieux, mais elle pense qu'il va la tuer ou l'empêcher de sortir. Quand elle se souvient des propos sur le poison, elle pense :

Il est en train de m'empoisonner... il faut que je sorte d'icitte. Faut pas qu'y s'en rende compte que je le sais parce qu'y va me sauter à la gorge. Il veut pas que j'aïlle... que je sorte d'ici... que je raconte ça, ce qui est en train de m'arriver. [...] Je réalise que je suis pu capable de me concentrer, j'suis pu capable de marcher. À partir de ce moment là... je revis l'agression...

Quand elle réalise que sa vie est en danger, elle planifie un scénario pour sa fuite : elle ira vendre un DVD pour avoir de l'argent et s'acheter des cigarettes, elle ramassera ses diplômes et les photos de ses enfants, puis elle quittera en taxi. Quand elle se lève du lit, Jean veut savoir ce qu'elle fait. Elle répond : aller acheter des cigarettes. Après la vente de la vidéo, elle passe chez Paul afin qu'il l'accompagne pendant qu'elle prend ses effets personnels à l'appartement. Elle ne veut pas que Jean pense qu'elle lui vole ses affaires. Elle ne dit rien à Paul de ce qui est arrivé. Quand Paul s'introduit dans l'appartement, Jean lui fait signe de sortir. Paul quitte. Saisie, Joëlle dit sans attendre que sa sœur va venir la chercher.

Dans la voiture avec sa sœur, en état de choc, elle lui raconte ce qu'elle vient de vivre. Sa sœur pense qu'elle est folle ou droguée. Elle a déjà rencontré Jean, un homme charmant et gentil. Sa sœur l'amène dans une ressource d'hébergement pour femmes. Joëlle retourne à l'hôpital où on lui suggère une évaluation psychiatrique qu'elle refuse, tellement persuadée qu'on veut la faire passer pour « folle ». Elle a gardé l'impression que nulle part, on n'a cru son histoire.

4.1.2 Jeanne rentre travailler

Jeanne travaille dans un centre psychiatrique depuis plusieurs années. D'abord préposée, elle est devenue infirmière. Un après-midi, alors qu'elle rentre au travail comme d'habitude, un client² attire son attention :

Il y avait un client que je ne savais pas que je devais m'occuper, mais qui circulait déjà de façon très, très tendue de long en large sur l'unité. [...] J'avais l'impression qu'il était comme un lion en cage, déjà, à mon arrivée.

Au rapport inter-service³, Jeanne apprend qu'elle aura à s'occuper de ce client. Le psychiatre lui avait annoncé qu'il ne pouvait pas quitter l'hôpital avant la rencontre familiale. Le client, mécontent, veut quitter. La tension est palpable. Dès le début de son quart de travail, Jeanne s'empresse de le rencontrer. Cet homme est sourd-muet et s'exprime en anglais. L'orientation religieuse du client ajoute une autre difficulté au problème de communication, « il est un témoin de Jéhovah », dira Jeanne. Comme elle maîtrise mal l'anglais, elle demande l'aide d'une collègue.

Les trois s'installent au poste de travail des infirmiers. Cela est inhabituel, mais la communication se fait par écrit, requiert de l'espace et il n'y a pas d'autre endroit sur l'unité. Le client s'empresse d'écrire qu'il veut quitter les lieux immédiatement. Les intervenantes l'informent qu'il ne peut pas quitter l'unité de soins maintenant, cette décision relève de l'ordonnance du psychiatre et du fonctionnement de l'unité psychiatrique. Le client s'emporte violemment et s'en prend à Jeanne :

Donc, il a éclaté et le premier geste qu'il a fait, c'est qu'il m'a déchiré la blouse de haut en bas. Il avait un crayon à mine dans les mains, puis là, il a essayé de me rentrer ça dans le ventre. ...j'avais à cette époque-là les cheveux longs attachés avec un chignon et dans la bousculade, il m'a empoigné le chignon et il m'a jeté à terre. Et, on est tombé à terre dans le poste, lui et moi. Et là, tout ce que je voyais, c'était des genoux, des genoux qui m'arrivaient dans le visage, sur la tête, des coups à la tête... je voyais des *running shoes* passer, et là, j'étais vraiment complètement saisie par la violence de l'événement, par mon incapacité à être capable de me dégager

² Le terme « client » est conservé tel quel, car c'est celui employé par la personne interviewée.

³ Le rapport inter-service est la réunion d'échange d'informations sur les clients transmises au quart de travail suivant.

parce qu'en réalité... [...] j'ai vraiment eu peur de mourir, vraiment, vraiment parce qu'il me tenait très, très solidement, et là, les coups à la tête, les coups de genoux, les coups arrivaient, de plus en plus vite, de plus en plus fort, et là, je me disais je vais y rester, je vais vraiment y rester.

Des collègues l'aident à se dégager et le client sera immobilisé. Jeanne reste là, dans la même pièce que lui, incapable de bouger. En retrait, elle observe son client :

Je ne voulais pas qu'y soit blessé. Je ne voulais pas que ça se passe mal en réalité. ... j'aurais voulu effacer le sang, effacer le fait qu'il soit tenu par terre parce que je me disais : il est tellement souffrant, ça n'a pas d'allure... [...] Quand on se sent coincé, on a un mouvement, il faut qu'on se dégage. N'importe quel être humain qui... sauf moi (rire)... N'importe quel être humain qui se sent coincé doit se dégager, donc je me disais : il faut le maintenir en place pour ne pas qu'il se blesse ou qu'il blesse quelqu'un d'autre, mais j'aurais voulu en même temps le libérer pour qui sente comme un apaisement, une diminution de sa tension et de sa souffrance.

La coordonnatrice de l'unité est contactée et un rapport d'accident de travail est complété. Une collègue reste avec elle pour panser ses blessures. Jeanne attend son conjoint. Quand il arrive avec leur fils dans les bras, Jeanne est doublement troublée parce que sa vie privée est étalée dans sa vie professionnelle. Elle a toujours refusé cela. Elle réalise ainsi « la gravité de ce qui vient de se produire ».

4.1.3 Marie en relation de couple

Marie s'engage dans une relation de couple avec un ami de longue date. Au début de cette vie à deux, elle explique qu'elle consommait de l'alcool mais que par la suite, elle avait décidé d'arrêter pour prendre soin de sa santé. Elle a un accident de la route, en revenant de la pêche au doré (son activité préférée). Il n'est plus question pour elle de retourner au travail. Cet accident et l'arrêt d'alcool entraînent une période de sevrage et une dépression. Après quelques mois de vie commune, son ami commence à la traiter de noms vulgaires. Ce comportement verbal s'amplifie et il la frappe. Marie raconte :

[...] y m'a traitée de chienne, que j'étais une bonne à rien. Là, y m'a répondu que je méritais une volée, là y m'a frappée. Là, j'ai saigné du nez, pis il m'a frappé. [...] Ah oui, y'avait frappé très fort. Y'était assez impressionnant comme homme, là. Y'était grand, y'était gras, y'était gros.

Au moment de l'agression, Marie se défend verbalement en disant : « Là, j'y ai dit : si tu me frappes une autre fois, j'appelle mon frère qui est avocat, puis y va régler ton

problème ». Comme chercheur, nous trouvions que Marie donnait peu de détails sur le geste et le contexte d'agression. Nous avons tenté d'obtenir plus de contenu, voici le résultat :

[Chercheure : « Et quand il vous a frappé, c'est avec le poing ? La main ? »
M. : « Le poing, le poing ». Chercheure : « Il vous a frappé au visage ? Sur le corps ? » M. : « Sur le nez ». Chercheure : « Sur le nez. En plein visage ».
M. : « Oui ». Chercheure : « Avez-vous dû être hospitalisée ? Quelque chose comme ça ? » M. : « Non, non. Mais, j'avais peur. Là, j'ai commencé à avoir vraiment peur. Chercheure : Donc, c'est arrivé une fois, puis l'émotion que ça a laissé, c'est comme une peur que ça pourrait encore arriver... Je suis portée à penser que vous avez été surprise, vous ne vous en attendiez pas quand c'est arrivé ? M. : « Non, pas du tout, pas du tout. Parce que lui, ça faisait longtemps que je le connaissais. Je ne pensais pas que c'était une personne possessive, avec le contrôle : pis, si tu ne m'écoutes pas, je vais te battre ».]

4.1.4 Jacinthe sort du métro

Vers 4 heures, après une journée de travail, Jacinthe sort du métro pour effectuer à pied le trajet habituel pour se rendre chez elle. Un homme se trouve en face d'elle. Elle détaille la scène de l'agression :

Je me souviens que j'avais commencé à avoir peur et puis plus que je m'approchais de cette personne, de ce grand jeune homme et puis, je sentais que j'étais un petit peu prise de panique. Et quand il s'est rapproché de moi, j'avais l'impression déjà qu'il me touchait et au moment où il m'a croisée, j'avais l'impression que là c'était cuit pour moi. J'ai tout de suite ressenti que quelque chose allait m'arriver. Je pense qu'il a dû me dépasser d'un mètre ou deux, qu'il a fait un demi-tour sur place pour venir m'arracher mon sac à main. À ce moment-là, je me suis agrippée à ma sacoche et lui a forcé et, bien évidemment, il était quand même assez fort. Il m'a fait tomber à terre. Il a tiré puis moi, je m'agrippais et il a dû me traîner sur... peut-être, deux mètres sur le trottoir. Je l'ai bien senti là au niveau de ma tête et il a fini par arracher ma sacoche, puis, il est parti en courant.

Arrivée chez elle, elle sonne chez une voisine qui l'accueille et l'aide à contacter les policiers. À l'arrivée des propriétaires, elle restera un peu chez eux (les policiers l'ont suggéré). Puis, sa propriétaire l'amènera à l'urgence parce qu'elle a une bosse à la tête (sans gravité). La propriétaire lui ouvre la porte de son appartement, car ses clés étaient dans le sac volé.

À son appartement, Jacinthe passe une nuit blanche. Le lendemain matin, elle s'absente du travail. Dans la matinée, le téléphone sonne. Quand elle répond, un homme dit : « Allô

Jacinthe » et raccroche aussitôt. Elle sait que c'est l'homme de la veille. Dix minutes plus tard, l'homme se présente chez les propriétaires demandant un certain Serge. Comme Jacinthe avait donné une bonne description du voleur, les propriétaires ont pu le reconnaître, relever le numéro matricule de sa voiture et le rapporter aux policiers. Ainsi dans la soirée, les policiers l'ont arrêté, mais Jacinthe doit l'identifier sur une photo afin que les policiers puissent procéder à son arrestation. Elle relate comment ça s'est passé :

Et, il a été arrêté ce jour-là dans la soirée. À 11 heures du soir, l'investigateur arrive chez moi et puis il me présente des portraits... neuf portraits... j'étais incapable de...de regarder ça. Je lui ai dit : Écoutez, monsieur. Je ne peux pas voir ça. Moi, je suis dans tous mes états et je suis incapable de le regarder. Il m'a dit : je pense que je l'ai dans mon bureau, maintenant, il faut que vous le... il faut faire un constat, il faut... sinon, je dois le relâcher. Aussitôt qu'il me montre la... le...le... Là, où il y a les neufs ... je l'ai reconnu, juste à son regard, je n'ai même pas eu le temps de le dévisager. Y'avait juste le regard. Je lui ai dit : c'est lui. Il m'a dit : C'est bien lui que j'ai dans mon bureau.

Même en sachant le voleur en prison, Jacinthe n'arrive plus à sortir de chez elle. Maintenant, la peur la « hante ».

4.1.5 Pauline au travail

Pauline travaille dans un milieu psychiatrique. Deux agressions se succèdent avec le même patient⁴ dans un laps de temps rapproché. Pauline écope des coups. Elle raconte qu'un patient fonce sur elle à toute allure : d'une main, il lui tient les cheveux et de l'autre, il lui frappe la tête. Pauline ne se souvient pas des coups. Ses collègues lui raconteront. Elle parle du premier événement :

Là, j'ai vraiment eu peur de mourir. J'avais aucune porte de sortie pour me protéger, j'étais comme... j'avais l'impression comme... d'être pris au piège avec l'impression que tu vas mourir dans les prochaines secondes, ce n'était vraiment pas agréable comme sensation. En même temps, ce que j'avais dans la tête à ce moment-là, c'est ben voyons qu'est-ce que j'ai fait pour qui m'fasse ça ? Tu sais, je me disais dans ma tête...je lui ai même donné un surplus de bouffe à midi (rire)... une deuxième assiettée... pourquoi, il m'agresse moi ?

⁴ Le terme « patient » est gardé tel quel, car c'est celui employé par la personne interviewée.

De sa « dissociation », elle dira : « ...la reprise de contact là, revenir dans mon corps, c'est la caresse de la chemise d'un de mes collègues qui est en train de maîtriser le monsieur... sur ma joue. ». Tout ce à quoi elle pense, c'est prendre la fuite : « sauvons-nous de là! ».

Après ce premier événement, Pauline est « inconsolable ». Elle a pleuré durant plus de quatre heures sans pouvoir s'arrêter. Elle ne se reconnaît pas dans ce comportement, elle n'a pas l'habitude de pleurer ainsi. Elle ne se comprend pas et les membres de son équipe non plus. Habituellement, elle est quelqu'un d'attaque capable d'affronter les problèmes et les situations d'agression. Elle en a l'habitude puisqu'elle travaille sur une unité où cela se passe quotidiennement. Après l'agression, ses collègues tenteront de la réconforter, mais en vain. Elle se retrouve « seule à regarder dehors » avec « une impression de complètement vide ». Des collègues l'invitent à aller au bureau de santé de l'organisme avant de rentrer chez elle. « Aucun support là », dit-elle. Seule, elle rentre chez elle en pleurs, incapable de s'arrêter. Le lendemain matin, elle se réveille toujours en pleurs. N'y comprenant rien, elle demande l'aide des responsables de son organisme pour une « session de *debriefing*⁵ », s'attendant à pouvoir se comprendre, mais ce ne fut pas le cas. On lui autorise quelques jours de congé, le temps de se remettre et d'aller voir son médecin. On lui offre la possibilité de consulter un psychologue, mais elle refuse parce qu'elle n'en voit pas la nécessité. Pauline retourne au travail.

Quand la deuxième agression se produit, Pauline exprime de la colère : « Une sainte colère, je pourrais dire. Là, j'ai une voix de centaure ». Elle exige de son chef immédiat d'agir promptement, car elle est la deuxième personne à se faire agresser durant la journée : « on est tanné de se faire prendre en otage par la violence des patients », criera-t-elle. Sa colère grandissait, car au fur et à mesure qu'elle faisait des suggestions à son chef, celui-ci les refusait les unes après les autres. On contacte d'urgence un intervenant responsable de la gestion de la violence, mais cela s'avérera inutile. Pauline dira qu'elle était trop en colère :

⁵ Le terme « une session de *debriefing* » fut employé par la personne interviewée. Normalement, cette session consiste en une rencontre de groupe suite à un événement traumatisant. Cela permet de dépister les personnes susceptibles de développer un trouble de stress post-traumatique. Dans un contexte de travail, il est plus souvent question d'une rencontre post-événement.

« Qu'est-ce que ça donne de se parler, ça donne rien. Ça change quoi ? ». Encore une fois, elle va au bureau de santé où on lui accorde quelques jours de congé. Pauline est dépassée par les événements se succédant. Submergée par ses émotions et l'image constante du patient, elle consulte son médecin qui l'arrête de travailler.

4.2 Les liens sociaux avant l'événement traumatique

Cette partie trace un portrait des liens sociaux entretenus par chacune des personnes interviewées avant l'événement traumatisant. La connaissance des liens précédant l'événement nous permettra de mieux saisir les répercussions des suites de l'événement traumatisant sur leurs liens sociaux. Les liens sociaux seront abordés selon l'ordre utilisé lors des entrevues, c'est-à-dire les liens sociaux au travail, avec les amis, aux études, avec des groupes (ex. : religieux, communautaires, d'aide), des intervenants, le voisinage, la famille et en couple.

4.2.1 Les liens au travail

Les liens sociaux au travail touchent les liens avec les collègues et avec la clientèle. Les liens au travail avec les collègues sont peu approfondis, bien qu'ils soient appréciés. Jeanne, Pauline et Joëlle veulent rester dans un contexte professionnel et ne pas le mêler à la vie privée : « Deux vies séparées : le monde du travail et ma vie personnelle », dira Jeanne, alors que Pauline et Joëlle commentent ainsi :

« J'ai jamais eu le goût de confier ma vie au travail, je le faisais les premières années, mais à un moment donné, les gens se servaient des confidences pour... à mauvais escient. Ce qui fait que je suis devenue, un peu, beaucoup méfiante [...] J'entretiens de bonnes relations avec mes collègues, mais pas des relations amicales ». (Pauline)

« J'avais beaucoup de copines au travail, mais souvent, ça allait pas plus loin que ça. Ça restait au travail parce que je travaillais énormément. J'avais des personnes que j'estimais beaucoup, je travaillais avec des gens formidables. J'aimais beaucoup mon métier, j'étais une très bonne infirmière ». (Joëlle)

L'expertise professionnelle est aisément reconnue par Joëlle alors que Pauline reconnaît celle de ses pairs : « Les travailleurs de ce programme sont des êtres d'exceptions, courageux ». Jeanne et Pauline se présentent comme des acharnées du travail. Jeanne arrive

plus tôt et quitte plus tard en donnant son « 150 % », Pauline ne rate pas une occasion d'en faire plus, parce que « l'ouvrage, je la vois, puis, je peux l'anticiper pour les prochains mois à venir ». À titre d'exemple, elle ajoute :

« La commis était en retard pour ces statistiques... elle avait 10 mois et demi de retard. Durant ses trois semaines de vacances, je me suis installée, en plus, de mes tâches d'assistante... d'infirmière au chevet... de remplaçante du chef clinico, à faire les statistiques en même temps. [...] Trois semaines d'enfer... en plein été. Elle était contente quand elle est revenue, ses statistiques étaient à l'ordre ». (Pauline)

Tout comme Joëlle, toutes ont exprimé leur amour du travail, même si deux d'entre elles exerçaient leur profession dans des milieux difficiles et auprès d'une clientèle souvent considérée comme sévère. Jeanne et Pauline présentent leurs liens avec la clientèle avec la préoccupation de leur offrir le meilleur traitement possible. Les propos suivants rendent compte de cet intérêt où il apparaît important de se surpasser :

« Un patient psychiatrique, il est tellement désemparé quand il est hospitalisé. Il faut les aider, il faut les écouter, il faut en prendre soin comme si c'était nos parents, comme si c'était quelqu'un de très proche de nous autres... ». (Jeanne)

« Moi, j'ai fait des affaires avec ces patients-là que bien du monde ne feront jamais. Au niveau de la violence, ils sont cotés à 7 et plus au niveau de l'échelle OMEGA⁶. Moi, j'en sortais trois en même temps, toute seule. On allait faire l'épicerie, on allait prendre un café au Tim Horton, on faisait toutes sortes d'affaires. J'ai fait beaucoup plus que la plupart du monde avec ces gens pour faire une espèce d'habilitation. On ne peut pas parler de réhabilitation, y'ont jamais été habilité dans un premier temps ». (Pauline)

Ce dernier commentaire soulève la notion du risque élevé d'agression considérant la cote de 7 à l'échelle Oméga. Même si les personnes savent que leur contexte de travail présente un certain risque d'agression, elles sont loin de penser qu'elles pourraient être la cible de leurs clients. Pour Marie, le lien avec la clientèle se résume ainsi : « Au travail, j'avais une bonne clientèle », alors que pour Jacinthe, les liens qu'elle décrit comme « excellents » et « normaux » sont ceux avec les collègues. Pour elle, c'est surtout la « bonne ambiance » qui doit primer alors que Jeanne recherche une équipe de travail « très

⁶ L'échelle OMEGA représente le niveau de dangerosité de la personne. Le chiffre 7 signifie un risque de passage à l'acte élevé.

dynamique » avec « des individus qui aiment leur travail », un partage sur le plan « des valeurs, de l'énergie et de l'engagement » ainsi que des liens « faciles où l'entente entre les individus va de soi, malgré une clientèle excessivement malade ».

Avant l'événement, Joëlle et son conjoint travaillaient comme concierge. Elle relevait d'une dépression et étudiait pour reprendre sa profession d'infirmière. Elle en parle ainsi :

« On avait une conciergerie et je l'aidais dans son travail le plus que je pouvais. J'ai essayé de le soutenir, pis ça a fini, il s'est suicidé. Entre temps, la conciergerie de l'appartement... j'ai été obligée de l'abandonner. [...] y'avait trois blocs appartements que je prenais soin... j'étais rendue toute seule, moi, je n'en pouvais plus ».

4.2.2 Les amitiés

Les personnes rencontrées ont peu ou pas d'amis. Jeanne dit : « je suis quelqu'un qui n'a pas beaucoup d'amis », mais « beaucoup de connaissances » et « seulement une amie... depuis l'adolescence », mais une amie « très, très, très proche. Cette amie-là, c'est quelqu'un de très important pour moi ». Elle nous livre un moment de confiance à l'adolescence :

« Moi, je disais : je pense que je vais avoir un conjoint, mais je ne le sais pas si je vais avoir des enfants. Comme si j'avais senti que ce ne serait pas si évident que ça, là. Pas parce que j'en voulais pas, je n'arrivais pas à me voir aussi loin que ça avec un conjoint. Puis, on s'était dit : En tout ca, si on a des enfants, ça serait intéressant, j'aimerais ça être la marraine de ton premier et j'aimerais ça que tu sois la marraine de mon premier. On a tenu promesse... Alors, c'est vraiment une amie très, très proche pour moi. Vraiment très proche ». (Jeanne)

Bien qu'elle se perçoive comme une personne plus solitaire, vu ses priorités de vie, Joëlle se liera d'amitié avec un homme en qui elle a pleine confiance, elle en parle brièvement ainsi que de l'amie de ce dernier :

« Pas d'ami comme régulier parce que j'étais une personne assez solitaire. J'avais les études, je passais mes journées à lire, à étudier, à m'entraîner. [...] Y'avait Paul qui était mon copain... pis Sandy... Je me suis beaucoup liée d'amitié, j'aimais beaucoup Sandy aussi parce que c'était une jeune fille douce et ...fine. Je trouvais que ça faisait un beau couple. [...] Je me sentais en sécurité à cause de Paul [...] Moi pis Paul, on n'avait même pas besoin de se parler ». (Joëlle)

Jeanne et Pauline parlent de leurs voisins en termes de liens d'amitié ou encore de complicité et de confidences. Nous les reverrons plus loin.

Les liens amicaux peuvent être pénibles d'après cette remarque : « ...j'ai de la misère. En général, tous les amis que j'ai eus, c'était ça, de la jalousie et de la possession » (Marie). Il peut être difficile de créer de nouveaux liens quand les personnes ont eu à changer de ville ou de pays. Pour Marie, les liens là-bas paraissent mieux que ceux d'ici :

« Je me suis faite beaucoup d'amies de filles, mais y sont toutes là-bas (en Ontario), là. Ah! Là-bas, c'était bien, c'était bien. Elles étaient toutes barmaids, donc je n'avais pas de misère... le lien de communication était très facile. [...] Ça c'est bien déroulé là-bas. Je suis allée en Floride aussi avec eux autres. Deux semaines de vacances, puis on est parti, on est parti.... cinq filles... cinq barmaids en auto. Ça nous a pris deux jours pour nous rendre, on s'est rendu à Panama Beach, au dessus du golfe du Mexique. C'était merveilleux! ». (Marie)

Alors que Jacinthe, arrivée au Canada depuis une dizaine d'années, raconte qu'elle a peu d'amis parce qu'elle connaît peu de personnes à cause de son « expatriation », mais les amis, qu'elle peut compter « sur les doigts de la main », sont de « très bonnes personnes », des « liens très forts », « des relations de qualité » et elle précise :

« Si quelque chose leur arrive, ça m'attriste profondément, ça me ronge les os parce que, avec mes amis, on va comme former une personne, on va former une équipe. Parce que mes amis, des personnes d'ici, je pourrais les considérer comme ma famille ». (Jacinthe)

Pauline parle d'« un grand, grand ami » tout en racontant leurs ballades de fin de semaine :

« Je disais qu'on allait faire de la patrouille (en riant). Il arrivait à 5 heures du matin, puis, on partait sur la route. Puis, on déjeunait en chemin, puis tout ça. On revenait à 11 heures le soir. Mais, à un moment donné, tu placotes de toutes sortes d'affaires-là ». (Pauline)

Malheureusement, la maladie s'est installée et la mort va les séparer. Elle a tenu à concrétiser le dernier rêve de vie de cet ami :

« Mon rêve avant de mourir [...] je vais voir les feuilles... [...] Quand ça été le temps des feuilles, je suis allée le chercher dans sa région [...] ...j'avais appelé mes parents puis, ils nous avaient hébergés pour la semaine. On avait jaser, puis il a beaucoup jaser avec mes parents sur la fin de sa vie. Lui, ce qui

l'inquiétait, c'est: comment on se sent quand on étouffe ? Il avait besoin de verbaliser là-dessus ». (Pauline)

4.2.3 Les liens d'études

Les liens relatifs aux études sont souvent temporaires et délimités à la période encourue par les études en question. Joëlle n'a mentionné aucun lien dans le cadre des études. Quant à Jeanne, les liens datent de ses 20 ans quand elle a fait sa formation comme infirmière où il lui est arrivé de « jaser avec deux collègues de cours à quelques reprises ». En fait, ce qui semble avoir été un obstacle à la création de liens a été d'être avec « des jeunes résidant encore chez leurs parents », alors que Jeanne avait quitté le milieu familial et vivait seule en appartement. Elle travaillait pour subvenir à ses besoins et disposait de peu de temps pour engager des liens d'études.

Quelques mots sur le lien enseignant-élève dans les valeurs transmises par l'enseignement, dont Jeanne rapporte un contenu :

« On nous montre beaucoup pendant cette formation-là, le don de soi, le sentiment vocationnel qu'on a... on est beaucoup « *brain washé* »... quand on fait un cours d'infirmière... et jamais, jamais, jamais, jamais, on nous prépare au fait qu'on peut être agressé par un patient. Jamais ». (Jeanne)

4.2.4 Les liens avec des groupes (ex. : religieux, communautaires, d'aide)

Dans la période avant l'événement, personne ne rapporte avoir eu des liens associés à un groupe quelconque, qu'il soit religieux, communautaire, d'aide ou autre.

4.2.5 Les liens avec des intervenants

Lors du choix de ce type de lien, nous entendions alors des liens avec des intervenants ayant comme rôle d'aider la personne dans une difficulté quelconque. Nous pensions aussi à l'aide d'un superviseur permettant d'évoluer dans une profession. Aucune des personnes n'a eu ce genre de lien. Seule Joëlle a reçu l'aide d'un intervenant pour une dépression. Voyons ce qu'elle dit :

« J'ai fait une dépression. J'ai vu une psychiatre à peu près un an, un an et demi, mais je ne l'ai pas aimée parce qu'elle m'a bourré de médicaments. Je trouvais qu'elle m'avait sur-médicamentée. [...] Ça ne lui rentrait pas dans

la tête. Donc, je ne l'aimais pas. [...] j'ai déménagé à Montréal, j'ai déménagé avec (son conjoint) ...je prenais des antidépresseurs. Je m'étais dit: on va changer de médecin parce que j'avais déménagé... La première rencontre avec elle, je l'ai trouvée pas intéressante. Elle, elle avait d'air encore à me considérer comme quelqu'un de malade. Moi, tout ce que je voulais c'était qu'elle diminue mes médicaments; puis, que je puisse avancer. Puis, je ne l'aimais pas ».

4.2.6 Les voisins

Les personnes interviewées ont rapporté que les voisins sont ceux à qui on peut dire « un simple bonjour » (Jacinthe) au passage, mais aussi ceux avec qui on engage des conversations sur certains sujets favoris comme « la pêche au doré » (Marie) : « J'avais un voisin à côté de moi. ...on jasait beaucoup [...] on jasait surtout de la pêche parce que moi, je suis en adoration avec la pêche » (Marie). On s'arrête pour rire un peu avec eux, pour avoir « du fun » (Joëlle) ou pour faire « des blagues » (Pauline). Mais il peut y avoir plus avec certains voisins : « Je pouvais me confier à lui » (Pauline) ou encore rendre des services : « J'entretiens des liens très, très amicaux avec les voisins, je suis quelqu'un de très disponible, j'aime beaucoup rendre service » (Jeanne). Il y a aussi les voisins-proprétaires : « J'avais des propriétaires en or. ...la dame, c'est une italienne... le tutoiement n'est pas monnaie courante chez elle. Elle m'a dit : tu es mon amie, tu peux me tutoyer, mais moi, j'ai jamais pu parce ce n'est pas, non plus, dans mes habitudes. Elle me tutoyait, je la vouvoyais. Elle m'a tout de suite ouvert sa porte, mais c'était toujours le respect, beaucoup de respect » (Jacinthe).

4.2.7 Les liens familiaux

Concernant la famille, dans les entrevues nous retrouvons deux modèles. Le premier est décrit comme un milieu stable avec des relations dites « normales », alors que le second dépeint un milieu instable avec des liens que nous qualifierons de « turbulents ». Deux personnes ont donné des détails sur leur milieu familial stable :

« J'ai été élevée avec des parents stables qui s'aimaient. Je n'ai pas connu la violence, je n'ai pas connu l'inquiétude, la peur. J'avais toujours été dans la ouate... vraiment, là dans la ouate... au niveau affectif... Bon, c'est sûr qu'on vit tous des petites épreuves, puis des petits malheurs, là. Mais de façon générale, moi j'étais confiante que l'être humain, malgré ces difficultés, malgré ces parties sombres, malgré... ça restait quelqu'un de

bon. Mes parents m'avaient dit : l'être humain, c'est quelqu'un qui a besoin d'être aidé, d'être accompagné. Mes parents faisaient beaucoup de bénévolat, donc... Ils étaient portés vers les autres. [...] Moi, on m'avait inculqué des valeurs, que les êtres humains, on devait s'entraider entre nous, on devait être compatissants ». (Jeanne)

« Moi, je vivais avec ma mère, parce que dans des pays comme le mien, on ne s'en va pas vivre seule parce que ça fait un peu la honte dans la famille. Tu as besoin de quoi, ma fille ? Pourquoi veux-tu ? Tu veux que... que va-t-on dire ? Alors, on reste jusqu'au mariage. [...] À l'époque, je voulais vivre ma vie de célibat. Je vivais avec maman. Donc, c'est ça. Ça été une grande perte. Parce que j'étais comme dans ses jupons, je m'accrochais à elle et elle s'accrochait à moi ». (Jacinthe)

Alors qu'une autre a présenté un milieu familial présentant de l'instabilité :

« Ma mère... Dès ma naissance, elle m'a rejetée. Elle m'a confié à mon oncle et à ma tante jusqu'à l'âge de cinq ans, là, à cinq ans, mon oncle voulait m'adopter. [...] Avec mon oncle, c'était une belle relation que j'avais avec lui, puis ma marraine, puis ma cousine. Très bon, aussi. J'avais une bonne relation avec ces personnes-là, plus que ma mère. Avec ma mère, ça accrochait, ça n'allait pas du tout. [...] Mais, c'est ses frères, les... qui s'en sont mêlés apparemment, puis ils m'ont repris. Fais que ça été le désastre total. Là, je n'écoutais pas, j'l'a connaissais pas, elle. Je l'insultais, je lui faisais des grimaces, elle a passé du dur temps avec moi parce qu'elle m'acceptait pas. [...] Moi, ma mère je ne l'aimais pas ». (Marie)

Pour représenter l'ensemble des liens familiaux relevés par les personnes avant l'événement, le tableau 1 fait ressortir les liens dont chaque personne a parlé en entrevue. Nous pouvons observer que trois types de liens ressortent, soit ceux avec le père, avec la mère et avec les sœurs. Deux ont parlé de leurs liens avec leurs frères, alors qu'une a raconté sa liaison avec un oncle et une tante et une autre personne parle de son lien avec sa grand-mère. Deux ont des fils. Dans cette mise en matière sur les liens familiaux, il n'y a aucune considération quant à savoir si les liens sont positifs ou négatifs.

Tableau 1
Les liens composant la famille

Liens familiaux	Enfant	Sœur	Père	Mère	Frère	Oncle/ Tante	Grand- mère
Joëlle	X	X					
Jeanne	X	X	X				
Marie			X	X	X	X	
Jacinthe		X		X	X		
Pauline			X	X			X

Socialement, on entend plus souvent parler de l'absence du père que de sa présence. Deux personnes ont relevé le rôle motivateur de l'un et l'implication de l'autre que nous découvrons dans les appréciations suivantes :

« J'ai fait un stage en pédiatrie... puis, trois semaines avant la fin, j'ai été obligé de quitter parce que j'étais à bout... j'étais épuisée moralement, physiquement... J'ai repris après à la demande de mon père, il m'a dit : ok t'étais fatiguée, t'étais plus capable, tu voulais pas finir les trois semaines qui restaient mais tu vas te reposer un peu et tu vas te reprendre. Je suis contente de l'avoir fait maintenant, je l'en remercie. Je dois dire que c'est un cours que j'ai trouvé assez difficile à passer à travers ». (Jeanne)

« J'avais des bons contacts. Il m'amenait au jardin botanique. Il m'emmenait à la pêche. Il m'amenait à la campagne. On avait un chalet... les fins de semaine, il ne travaillait pas, fais qu'il m'amenait là, les fins de semaine. Je n'ai pas eu de misère avec mon père... ». (Marie)

Au début de la partie sur les liens familiaux, nous avons un aperçu des liens avec la mère, dans les citations de Jacinthe, lorsqu'elle raconte sa vie avec sa mère, et de Marie, quand elle parle de leurs conflits. Mais nous y reviendrons un peu plus loin.

Dans les entrevues, les liens sororaux ont été le reflet d'entraide et de soutien pour deux personnes sur trois. La sœur de Jeanne l'a aidée à réaliser son projet « d'adopter un enfant », alors que la sœur de Jacinthe va l'accompagner dans son immigration à Montréal. Écoutons cette dernière :

« ...elle a pris l'avion de Paris et elle a passé un mois avec moi pour m'installer. [...] C'est avec elle que j'ai été pour acheter les meubles, pour arranger l'appartement, et tout et tout. Et après, elle me dit: maintenant, je te laisse voler par tes propres ailes ». (Jacinthe)

Quant à Joëlle, le lien sororal témoigne de proximité et de silence à travers ces propos :

« J'ai une sœur qui était très près de moi [...] on a toujours été très, très près. [...] Elle est très introvertie, elle ne s'exprime pas en partant sur ses sentiments. Elle a une vie, pis elle ne s'est jamais exprimée sur sa vie, puis, je ne sais rien ». (Joëlle)

Nous ne savons pas combien de sœurs et de frères ont ces personnes. Nous savons que Jacinthe est issue d'une famille de « trois frères et quatre sœurs », vivant un peu partout dans le monde et que Marie est « la sixième d'une famille de cinq frères et sœurs » dont un frère jumeau de qui elle dira : « J'ai un jumeau, mais on s'entend pas (silence) ». Durant

l'entrevue, Marie racontera « un rapport sexuel » qu'elle a eu avec un frère aîné, alors que les deux étaient adultes. Quand les autres membres de la fratrie l'apprennent, ils ne la croient pas. Elle dira : « Ça aussi, c'est un autre événement qui m'a fait très mal... très mal, mentalement puis physiquement ».

Deux des personnes interviewées sont mères, Jeanne a adopté « un petit garçon de deux mois » provenant d'Afrique et Joëlle a « deux fils d'âge adulte » d'un précédent mariage. De Jeanne, nous obtiendrons beaucoup de détails sur l'aide fournie par sa sœur lors de l'adoption de son fils. De Joëlle, nous aurons peu d'informations sur les liens avec ses fils, sauf qu'ils résident aux États-Unis et qu'elle les préserve de ses problèmes personnels.

À travers les liens familiaux, Pauline a parlé du lien avec sa grand-mère : « une grand-mère sans pareille », dira-t-elle dans un premier temps, puis, elle ajoute :

« Elle disait souvent que j'étais sa divine. Alors, on allait souvent, souvent, quasiment à tous les week-ends que je descendais à Québec, je la prenais puis, on allait faire une ballade en auto... [...] ...on allait manger au restaurant; puis, elle me parlait de son vécu et je lui parlais du mien. [...] Grand-maman a souvent été ma confidente, surtout mes premières années d'infirmière [...] Je lui demandais: tiens, grand-maman, qu'est-ce que vous pensez de ça, vous, j'ai-tu bien fais, j'aurais-tu pu faire mieux ? [...] ...ça fait qu'elle me conseillait toujours par rapport à ça. Ça, c'était bien intéressant, mais est décédée ». (Pauline)

Peu après le décès de sa grand-mère, Pauline perdra sa mère des suites d'un cancer. Elle ressent l'isolement : « je n'ai personne », alors que Jacinthe immigré au Canada suite au décès de sa mère : « J'avais déjà subi un traumatisme, enfin, trauma... parce que j'avais perdu ma mère, j'ai perdu ma mère », alors qu'elle avait juré : « Ne jamais, au grand jamais... quitter mon pays ». Nous observons que la solitude a pris place après la perte des personnes les plus significatives. Jacinthe va parler du décès lointain de son père : « mon père était décédé depuis longtemps quand moi, j'étais déjà étudiante... étudiante en France. Il était décédé » (Jacinthe).

4.2.8 Les liens conjugaux

Toutes les personnes interviewées ont eu des liens conjugaux à un moment ou l'autre de leur vie. Pour Jeanne, les liens conjugaux rendent compte de fortes discussions entre partenaires dans la réalisation du projet devenu commun : « Je voulais un enfant ». Pour Marie, les liens se sont construits parce que : « Lui, ça faisait longtemps que je le connaissais. Je l'ai rencontré, je suis allée rester avec lui tout de suite ».

Dans deux autres cas, le conjoint est décédé. L'un de façon inattendue et subite tandis que l'autre se suicide. Nous ignorons de quoi le premier est mort, mais nous savons que Pauline s'est retrouvée avec des problèmes financiers. Elle racontera avoir traversé une période de noirceur où elle avait planifié son suicide dans un accident de voiture. Durant cette tentative de suicide, elle va réaliser qu'elle tenait à la vie beaucoup plus qu'elle ne le pensait. Quant au suicide du conjoint de Joëlle, elle dit :

« À un moment donné, je lui avais dit que je voulais m'en aller parce que j'étais pu bien, c'était trop lourd pour moi. J'y ai dit : qu'y était rendu trop difficile. [...] j'ai vraiment essayé de l'aider. [...] je l'aidais dans son travail le plus que je pouvais. J'ai essayé de le soutenir, pis ça a fini, il s'est suicidé. Ça m'a donné un choc, je n'aurais pas voulu qu'il se suicide ».
(Joëlle)

Elle ajoutera qu'elle ne s'est pas sentie coupable parce qu'elle avait l'impression d'avoir tout fait pour l'aider. Avant que l'événement ne survienne, Jacinthe dira de son mari qu'il voyage et que leur relation est « normale », sans élaborer.

4.3 Les liens sociaux après l'événement

Afin de dresser un portrait des liens sociaux après l'événement traumatisant, nous présentons les résultats obtenus selon les perceptions de chacune des personnes sur les répercussions négatives et positives que l'événement a suscitées.

4.3.1 Les changements apportés sur les liens sociaux

Quatre thèmes rassemblent les répercussions négatives : la rupture des liens sociaux, la confiance atteinte, l'emprise de la peur et l'incompréhension des autres.

4.3.1.1 *Les répercussions négatives*

1. La rupture des liens sociaux

Les entrevues ont permis de spécifier les types de liens sociaux marqués par une rupture ainsi que d'en saisir le pourquoi. Par rupture, nous entendons que la personne interrompt certains liens avec son entourage, mais elle peut aussi s'en éloigner ou les éviter pour différents motifs. C'est surtout avec les hommes et les étrangers que Marie et Joëlle vont cesser les liens. Jeanne et Pauline interrompent les liens avec la clientèle durant l'arrêt de travail. Alors que pour Jacinthe, tous les liens demandant une sortie à l'extérieur du domicile et du milieu de travail sont rompus, incluant ceux avec les amis.

De sa rupture avec les hommes, Marie dira : « Ça coupé juste après lui. Ça va faire trois ans, quatre ans qu'avec les hommes, je ne suis plus capable » et Joëlle exprimera ceci :

« Les hommes, je suis plus intéressée du tout. Mais, je suis contente, oui, je suis contente. Je ne parlais pas comme ça v'là un an, un an et demi. Je suis contente parce que les hommes m'avaient apporté beaucoup de problèmes dans ma vie, mais surtout après mon divorce là. J'en ai rencontré 2-3, puis en fin du compte, ce n'était pas vraiment des personnes avec qui, tu sais, des personnes qui avaient des défauts, trop de défauts, trop de problèmes. Aujourd'hui, ça fait que je suis plus du tout, intéressée aux hommes, je suis bien contente... ». (Joëlle)

Nous pouvons constater que cette rupture avec l'homme sert d'abord à se mettre à l'abri du regard de l'ex-conjoint, comme l'exprime Marie : « Je sortais pu, j'avais trop peur de le rencontrer. ...j'avais peur de sortir. Je me suis même fait raser la tête pour ne pas qu'il me reconnaisse » et par la suite, pour ne plus plaire aux hommes, en général. Alors que pour Joëlle, la rupture avec les hommes sert à protéger sa vie : « J'étais convaincue que lui... il venait pour me tuer » Cette rupture avec l'homme, par peur d'y perdre sa vie, l'amènera à vivre parmi les itinérants durant plusieurs mois :

« J'étais dans la rue, j'étais incapable de fonctionner parce que je revivais l'événement continuellement. [...] J'étais déçue, je sentais pu que je « fitais » avec les autres parce que j'ai eu une expérience difficile à expliquer, difficile à croire, une expérience effrayante. J'ai eu vraiment peur de mourir, j'ai été empoisonnée... je ne me sentais pu moi-même... j'aurais voulu être comme avant, mais ça ne fonctionnait pas comme ça. Je me rendais compte que j'avais besoin de thérapie, mais il n'y en avait pas. Alors, j'ai eu un moment de révolte, un peu parce que dans mon métier, j'ai

toujours pris soin des gens, puis quand moi j'en ai eu besoin, il n'y avait personne. Alors, j'ai été révoltée. J'ai l'impression que ça été de découvrir un monde que je ne pensais même pas que ça existait... le monde de l'itinérance. Un monde d'une souffrance extrême, les gens vivent des problèmes de santé mentale, beaucoup, c'est de la toxicomanie. Et, je me suis mise à me sentir presque plus à l'aise avec eux puisque je n'avais pas été crue, puisque je n'avais pas été soignée, je n'avais pas eu de thérapie ».
(Joëlle)

Il est possible de constater dans les commentaires de Pauline, Jeanne et Jacinthe que la rupture avec les autres les amène à se retirer du monde :

« Je sortais quasiment pu, j'étais porté à aller vérifier si les portes étaient barrées, j'osais pu sortir dehors ». (Pauline)

« Je me suis complètement refermée sur ma famille, mon conjoint et mon fils. J'évitais beaucoup les contacts avec les parents le plus possible [...] J'ai pratiquement aussi tassé mon conjoint. Je dirais que la bulle s'est plus refermée entre mon fils (2 ans) et moi ». (Jeanne)

« Pendant longtemps, je n'arrivais pas à sortir, ben, pendant longtemps, j'avais de la difficulté à sortir de la maison. Quand je sortais... quand je voyais un homme passer, j'avais l'impression que c'était lui. Malgré que la personne ne lui ressemblait pas, mais moi, c'est lui que je voyais ». (Jacinthe)

En plus de chercher à se protéger, Marie et Joëlle tenteront de protéger les leurs contre des gestes qu'ils pourraient poser. Elles racontent :

« Je leur ai dit parce qu'y étaient en... parce que si y'avait été à Montréal, c'est des garçons de 20-18, y'aurait ben pu dire: on va aller le chercher l'écœurant, pis on va l'immoler ou quoi, je ne le sais pas quoi. De toute façon, je ne voulais pas donner de détails, je ne voulais pas les traumatiser non plus. Entendre déjà que sa mère s'est faite agressée sexuellement, c'est dur pas mal ». (Joëlle)

« ...j'avais parlé avec un de mes ex. ... il était jaloux, il voulait aller le battre lui là-bas [...] fais attention à toi, avertis les polices, ça se peut qu'y monte... Finalement, y s'est rien passé, c'était juste blablabla ». (Marie)

Alors que Jeanne essaie par tous les moyens de protéger les autres contre des inquiétudes qui pourraient les accaparer outre mesure, mais ses propos nous informent sur ses propres inquiétudes qu'elle tente de calmer par cette attitude :

« J'évitais beaucoup les contacts avec les parents... quand j'avais des contacts, j'étais rassurante: ça va, ça va aller. J'ai des rendez-vous avec mes

médecins. Ça devrait aller mieux. [...] Un sentiment que j'inquiétais mon conjoint, que j'inquiétais ma famille, que j'inquiétais mes amis et que personne pouvait savoir l'état de souffrance dans lequel j'étais. ...je me disais : je ne peux pas exprimer ça à personne parce que je ne sais pas comment l'exprimer. Puis, de toute façon, même si j'avais eu des mots pour être capable de le dire, je ne l'aurais sûrement pas dit parce que j'aurais eu trop peur des conséquences. Parce que quand t'alerte ton entourage; quand tu dis à ton entourage : ça va pas... les gens vont intervenir. Les gens, ils ne peuvent pas te laisser comme ça, là. Ils vont faire quelque chose... y vont m'amener à l'hôpital ? Je vais me retrouver hospitalisée en psychiatrie, moi qui travaille là-dedans ? *No way!* Je vais crever chez nous avant (elle rit)... ». (Jeanne)

Cette rupture dans les liens sociaux va jusqu'à omettre son amie d'adolescence, pourtant très chère et intime. Jeanne explique :

« Et, curieusement quand cet événement-là est arrivé, je l'ai complètement exclue de ça comme pour la protéger parce que j'étais inquiète de moi, j'avais vraiment l'impression que le tapis venait de partir d'en dessous de mes pieds. C'est vraiment le feeling que ça donne, han. Comme si tous les repères qu'on a, toutes les certitudes qu'on a, s'évanouissent à partir de cet événement-là ». (Jeanne)

Nous pouvons constater que la majorité des liens sociaux entretenus par les personnes avant l'événement sont rompus ou évités. Les raisons motivant ces ruptures sont reliées au besoin de se protéger et de protéger les siens contre l'agresseur, mais aussi pour éviter les problèmes que certains liens (avec les hommes dans ce cas) peuvent engendrer. De plus, une des personnes se protège des siens, car elle appréhende l'hospitalisation en psychiatrie. L'impossibilité d'exprimer sa souffrance est tangible. Cela peut donner l'impression que ces personnes n'ont d'autre choix que le silence et le renfermement sur elle-même. Est-il possible de penser que cette rupture puisse être un temps de répit permettant d'abord de se reconstruire de l'intérieur pour ensuite entrer en lien avec les autres de façon différente ?

2. La confiance atteinte

La confiance atteinte rejoint d'abord la confiance en l'autre mais, dans certains cas, l'atteinte est portée sur la confiance en soi. Les liens sociaux dont il est question sont ceux avec les hommes, les femmes, les étrangers, un lien amical, certains liens familiaux, un lien conjugal et ceux avec la clientèle. Déjà en rupture avec les hommes, comme nous l'avons vu précédemment, les deux mêmes personnes refusent d'accorder leur confiance aux étrangers :

« Les étrangers, tout ce qui est étranger, comme j'ai dit à mes enfants, je ne leur accorde pu d'importance... comment dire, donc ? Avant, j'étais sensible à ce que les autres disaient de moi, pensaient de moi, maintenant avec ce que j'ai passé, c'est comme: les autres peuvent bien dire et penser ce qu'ils veulent de moi, pis si c'est en bien, tant mieux. [...] souvent dans les hébergements, y'en a qui ont des problèmes, les problèmes je ne suis pas intéressée de les entendre. C'est comme arrangez-vous avec vos problèmes ». (Joëlle)

« ...parce qu'y a des femmes qui manipulent les autres, hélas. Là, j'ai embarqué dans le bateau, mais là ça marche pu, j'ai débarqué, c'est ça. C'est ça. C'est assez. Même si j'ai 50 ans, mais toi tu chiales, pis tu te plains encore, mais moi je chiale pas, pis je ne me plains pas, j'm'occupe de mes affaires, pis, je vais le faire pis, je vais réussir ». (Marie)

Après l'événement, Joëlle téléphone à l'ami (Paul) pour lui faire part des suites de l'événement : « J'ai porté plainte à la police, si ce n'est pas la justice qui va s'en occuper, moi, je vais m'en occuper. ». Elle raconte qu'à ce moment-là, elle souhaitait la mort de son agresseur : « J'aurais voulu le tuer, ce n'est pas mêlant », puis elle révisera ses propos : « Après ça, j'ai réalisé que je ne l'aurais pas tué. Je disais ça, mais c'était en détresse de vouloir l'arrêter de faire ça, mais je n'aurais pas été capable de le faire ». Elle explique que cet homme (Paul), en qui elle avait mis toute sa confiance, sème des doutes en elle au moment de l'appel téléphonique, car « si la police ne fait rien, je suis dans le trouble ». Par la suite, elle ne reprendra plus contact avec cet homme : « J'ai eu ben trop peur de m'approcher de lui parce que je me suis dit : tout d'un coup qu'il est avec ». Pour elle, c'était important de lui dire ce qui c'était passé. Elle explique qu'il la connaît comme « une femme combative qui ne se laisse pas piler sur les pieds ».

L'exemple précédent rend compte d'une confiance lésée sur le plan de l'amitié alors que le propos suivant montre le bri de confiance dans le lien sororal :

« Ça l'a brisé... ça l'a brisé... le sentiment d'avoir une sœur, de pouvoir se confier à elle. Moi, j'avais le sentiment de l'écouter, de la supporter dans des problèmes qu'elle avait des fois, de se supporter l'une et l'autre dans des petits problèmes que j'avais des fois, ce n'était pas des grandes choses. Ça l'a fait, maintenant, je sais que si jamais y m'arrivait quelque chose de grave, même le cancer ou n'importe quoi, je ne suis plus intéressée de lui parler de mes problèmes ». (Joëlle)

Pour Jacinthe, la perte de confiance s'établit avec son conjoint. Elle raconte :

« [...] et la peur me hante et lui, il ne veut rien savoir. Du coup, je n'ai plus confiance en lui, alors la confiance en lui s'est transformée en: « je ne peux plus sortir avec lui en voiture. » Depuis, je n'ai plus de vie sociale... Je ne sors plus chez les gens (pleure), je ne vis plus (pleure) jusqu'à présent (pleure) ». (Jacinthe)

Il y a la confiance en l'autre lésée, puis la confiance souhaitée mais impossible. Il y a aussi cette confiance en l'autre qu'on aide et à qui on donne des soins. Cette confiance ne pourra plus jamais être pareille pour Jeanne :

« Un client maintenant, c'est quelqu'un de qui, je dois TOUJOURS me méfier, peu importe ce qui est mis sur la table, peu importe, le rapport parfois privilégié. Parce qu'y'a vraiment des clients auxquels on va se lier davantage, leur histoire nous touche plus. Ça vient toucher parfois des fibres qui sont plus personnelles, mais la confiance que j'avais en la clientèle avant cet événement-là, n'a plus jamais été par après ». (Jeanne)

Pauline dira : « Mon niveau de confiance est encore très limité envers les patients. Même ceux que je connais depuis longtemps ». Ce manque de confiance en la clientèle met en branle sa propre confiance en elle-même, surtout dans ses capacités d'intervention comme elle nous le rappelle dans ce commentaire :

« Quand je dis lien de confiance, en fait, je dis confiance en moi-même, confiance en mes moyens de désamorcer une crise, confiance en mes moyens de gérer une crise, confiance en mes moyens de m'assurer de faire la prévention d'une crise, par exemple, des choses comme ça. Ça, j'ai pas eu l'occasion d'aller vérifier si j'avais toujours ces habiletés là et les mettre en pratique pour moi-même reprendre confiance et ça lorsque cette étape-là sera faite, ce sera beaucoup plus facile d'avoir une confiance plus grande envers la clientèle parce que j'aurai confiance en moi, comment je pourrai gérer l'imprévu ». (Pauline)

Ce manque de confiance en soi et dans ses moyens d'intervention projetés vers le futur rejoint le passé de Jeanne dans les manques qu'elle s'est attribuée lors de l'agression :

« C'est assez troublant de vivre ça parce que je me suis sentie terriblement coupable parce que je me disais... j'étais vraiment sûre de mourir puis j'ai fait aucun mouvement pour me sauver la vie. Là, je me sentais très, très, très coupable. Un, de ne pas avoir su le rassurer comme si je me sentais incompétente dans mon travail d'infirmière à rassurer un client qui est vraiment désespéré et qui veut quitter [...] je me suis dit : il y a quelque chose que j'aurais dû faire, que je n'ai pas réussi à faire. [...] Mais là, ma vie est en jeu, là. Là, on parlait pu d'une relation patient-infirmière. Là, on parle d'une agression, de risque de perte de vie, alors que j'avais une vie heureuse avant cette seconde-là ». (Jeanne)

3. L'emprise de la peur

Les cinq personnes interviewées nous ont confié leur peur. Peur qui les a empêchées de vivre ou a brimé la qualité de leur vie. Qu'elles se nomment peur, crainte, angoisse, anxiété, effroi ou terreur; toutes les personnes rencontrées, à des degrés différents, ont été paralysées dans leurs actions quotidiennes. Quatre ont ressenti la peur de mourir quand l'agression est survenue, la peur s'est installée par la suite pour de bon pour trois personnes, encore sous son emprise au moment où nous les rencontrions. Pour les deux autres personnes, elle s'est atténuée progressivement avec le temps.

Nous avons déjà observé que la peur peut être à la base de la rupture des liens sociaux. Toujours aux aguets durant l'entrevue (deux ans après l'événement), Joëlle s'arrête de parler pour nous montrer l'homme qui passe de l'autre côté de la rue en disant : « Vous voyez là, je capote là. Il me fait penser à lui. Il a les cheveux courts comme ça (silence. Le regarde. L'observe) Je le vois encore. Je me rends compte là ». Elle l'ausculte, le scrute du regard et nous implique comme témoin, le souffle suspendu... tout en cherchant si c'est bien lui... l'agresseur ?! Puis, dans un soupir qui en dit long : « C'est pas lui ». Nous pouvons nous rasseoir et poursuivre l'entrevue. Elle commente :

« Ensuite de ça, j'avais des comportements très agressifs envers les hommes. J'avais tellement peur qu'y envoie quelqu'un pour venir me chercher. Il va les mettre après moi, puis y vont me tuer. C'est des tueurs, de toute façon, c'est des criminels, ils vont me tuer. Parce que dans leurs têtes à eux autres, j'ai fait du mal à lui. Premièrement, j'ai tué leur chum. Il s'est suicidé parce que j'étais avec ». (Joëlle)

Toute personne pouvant ressembler à l'agresseur devient un tueur potentiel, car elle est persuadée d'être recherchée pour sa mise à mort. La tension est si forte qu'à certains moments, elle confond son fils avec l'agresseur :

« Ça été traumatisant parce que quand tu réalises qu'un moment donné, là, tu réalises : est-ce que c'est ton fils ? Puis là, tu réalises que j'ai vu l'autre en face de lui, puis avec une peur extrême-là, pareille comme s'il se retrouvait en devant de moi, là. Je ne me sentais plus les jambes, je tremblais pendant un minute, je ne sais pas. Je l'avais devant moi, c'était très traumatisant, ça m'est arrivé à deux-trois reprises avec mon fils ». (Joëlle)

L'intensité de la peur est tout aussi puissante quand l'une se voit obligée de mentir pour se préserver d'un coup :

« ...y'avait une personne qui lui avait répondu: toi, tu ne me contrôleras pas comme tu contrôles Marie... donc, y m'a demandé si je me sentais contrôlée, mais j'avais trop peur, j'ai dit : non. J'avais peur de recevoir un autre coup de poing en plein visage, là ». (Marie)

Pour Marie, c'est : « J'avais peur de recevoir un autre coup de poing en plein visage »; pour Joëlle, convaincue qu'« ils vont me retrouver à quelque part »; pour Pauline, envahie par « des images qui me revenaient en tête, à tout moment, incongrues... je sortais quasiment plus, j'étais portée à aller vérifier si les portes étaient barrées, j'osais plus sortir dehors... » et pour Jeanne, quand le retour au travail fut envisagé, les peurs sont venues avec : « J'ai peur de retourner. J'ai peur de revoir mes collègues de travail. J'ai peur de la clientèle. J'ai peur des chambres d'isolement. J'ai peur de revoir ce client-là. J'ai peur qu'y m'attende dans le stationnement J'ai eu peur longtemps, longtemps de cette personne-là... », alors que Jacinthe est hantée par la peur depuis l'événement : « À partir de ce moment, moi, je n'étais plus la même. (Silence) ... c'est la peur... la peur qui me suit. La peur qui s'est installée en moi ».

4. L'incompréhension des autres

Qu'ils soient frères, sœurs, parents, amis, conjoints et, doit-on se surprendre, intervenants du réseau de la santé et des services sociaux ou encore des services communautaires, tous réagissent à peu près de manière semblable, par la négative et le silence. Est-il possible de penser que la perception des personnes en état de choc soit à ce point perturbée qu'il leur est impossible de reconnaître l'empathie et la bienveillance qu'on voudrait leur démontrer ? Ou n'est-ce pas plutôt une difficulté des membres de notre société à entendre les douleurs de la souffrance et une tendance à la banaliser ?

Liens familiaux

Trois personnes sur cinq ont rapporté l'absence d'aide et de soutien provenant des liens familiaux. Joëlle dira ne pas avoir été crue, ni entendue par sa sœur : « Ma sœur a pensé que je suis devenue folle, que je prends de la drogue ». Elle ajoute : « si ma sœur, qui me connaît

depuis toujours, ne me croyait pas, ce n'est sûrement pas les étrangers... ». Cette attitude n'est-elle pas légitime ? Comment ne pas se sentir seul quand l'autre n'entend pas ?

Prise dans sa détresse, Marie s'exprimera dans ces termes : « ...ma famille... parce que premièrement, d'après moi, y'm'ont pas aidé... je faisais une dépression... y'm'ont pas aidé (ton plus affirmatif) », alors que Pauline parlera ainsi de son père : « Papa, au départ, quand j'y ai dit ça, que j'ai été agressée... ce n'est pas grave, t'as été agressée déjà dans le passé, ce n'est pas plus grave que ça ». L'absence de liens provenant des membres de la famille crée de la déception chez Joëlle alors que Pauline réfléchit sur le malaise éprouvé par ses tantes devant l'idée d'aider une aidante :

« J'ai été tellement déçue qu'elle puisse penser que j'aurais pu être assez folle pour inventer une histoire comme ça. Ça m'a tellement déçue parce que ma sœur me connaît depuis toujours. Je n'ai pas été capable de l'expliquer. Puis, elle m'a tellement déçue ». (Joëlle)

« Du côté de mon frère, j'ai eu plus ou moins de support. Du côté de mes tantes, moins que plus. Je pense qu'elles étaient mal à l'aise par rapport à ça. Dans le fond, la spécialiste de santé mentale, dans le fond, c'est moi. (Rires) Comment qu'on aide ça quelqu'un qui est spécialiste là-dedans puis qui est tout croche là, tu sais. Ils ne savaient pas. [...] t'es supposé d'aider les autres, t'es pas supposé d'avoir des problèmes, jamais ». (Pauline)

De façon générale, se pourrait-il tout simplement que lorsqu'il s'agit de traumatisme, nous ne sachions plus quoi dire, ni comment agir ? Est-ce que tout l'environnement devient traumatisé à son tour ?

Liens conjugaux

Deux personnes de l'échantillon sont en relation de couple. Les conjoints présentent deux attitudes d'apparence différente, mais se pourrait-il qu'elles soient similaires ? Jeanne décrit le silence de son conjoint : « Je le sentais complètement désespéré... d'être capable de trouver des mots pour me réconforter... On se parlait très peu », tandis que Jacinthe rapporte le refus de son conjoint de participer au traitement proposé par le thérapeute :

« On partage notre vie avec quelqu'un qui ne veut rien savoir, qui ne veut rien comprendre à mes peurs, ben, ça ne m'aide pas. Je n'ai pas quelqu'un qui m'aide. Même quand je voyais le psychologue... Moi, je prenais la rue [...] lui, il prenait une autre rue, et puis, on se retrouvait après. Il me disait: il

faut faire des exercices comme ça avec votre conjoint... Il ne voulait rien savoir. Il me dit: sors toute seule ». (Jacinthe)

Malgré les efforts de Jacinthe, son conjoint reste de marbre et balaye du revers de la main ses tentatives pour s'en sortir :

« J'ai essayé, il a des amis à Longueuil (pleure), il pense que moi je fais du chichi ou que je n'ai pas envie d'aller chez eux. Non, madame. J'ai fait un effort. Je l'ai prévenu, l'année dernière, je lui ai dit: écoute, si on y va, je vais faire un effort, je monte à l'arrière de la voiture, je vais me coucher. Il m'a dit: on est au cinéma, ça, c'est quoi, c'est une pièce de théâtre, c'est plus fort que moi. Je veux redevenir normale, mais je n'arrive pas. Alors, c'est déjà pas mal que j'arrive à sortir de la maison, aller chercher un morceau de pain, aller payer les factures. Donc, c'est déjà pas mal. C'est déjà pas mal tout ça. Je suis pas enfermée, handicapée derrière les rideaux noirs. Alors ça, c'est déjà pas mal ». (Jacinthe)

Après la description du conjoint, pendant l'entrevue Jacinthe adopte une autre attitude exprimant la compréhension à son égard :

« Le pauvre, le pauvre malheureux, quand il dit : on va sortir, on va aller avec des amis à la pêche. On va ceci, on va cela. Je le prive de tout parce que lui aussi, il veut vivre. Il veut sortir avec sa femme. Ce qui est tout à fait normal. Quand les amis nous invitent, ils nous invitent tous les deux. Je le comprends. [...] Moi aller sortir, et la voiture, la route, je ne sais pas, Décarie, tata, non, c'est trop ce qu'il me demande ». (Jacinthe)

Les propos suivants montrent comment, devant un événement similaire, une personne est traumatisée et l'autre pas. Cela éclaire la question posée dans le premier chapitre concernant les diverses lectures sur le trauma : Que penser des personnes qui se remettent rapidement d'un événement traumatisant ? Nous pouvons l'expliquer par la différence de tempérament, probablement par la trajectoire de vie, mais sûrement par une façon personnelle de réagir au stress. Nous supposons que certaines personnes possèdent une tolérance plus élevée face au stress. Dans le récit de Jacinthe, nous pouvons saisir des différences importantes, entre elle et son conjoint, devant une agression physique :

« Il me dit : je me suis déjà fait agressé, là quelqu'un qui lui a mis le couteau ici, et il s'en est sorti... Mais lui, lui et moi... Il s'en est bien tiré. Il s'est fait menacer, puis, il s'en est tiré. C'est-à-dire, on ne lui a pas tranché la gorge et puis, il a... il est passé au travers. Pas moi. Parce que moi, je n'accepte pas qu'on me fasse cela, quelqu'un, un inconnu (fais un geste d'être touchée sur le bras) [...] ...qu'on me touche... moi, je ne touche pas, je respecte. Je ne veux pas qu'on me touche. Parce qu'on me fait peur quand

on vient me toucher. On vient sur (dessine son espace) moi. C'est ça mon territoire (dessine son espace). C'est ici mon petit jardin... ben moi, je ne veux pas qu'un inconnu vienne, que je ne connais pas, il va me faire peur. Parce que j'aurais tendance à être méfiante ». (Jacinthe)

Liens avec les intervenants

Comme mentionné précédemment, l'incompréhension des autres concerne aussi les intervenants des différents services de santé et des services sociaux ainsi que communautaires. Quatre personnes sur cinq ont utilisé ces services. Le travailleur social n'a pas été consulté dans aucun des services. Ce fut particulièrement pénible pour Joëlle. Quand elle a pu sortir de l'appartement où elle avait été violée et empoisonnée, elle s'est rendue dans une ressource d'hébergement pour personnes en difficulté. Elle se souvient :

« J'suis arrivée là, j'étais en état de choc, j'étais pu capable. Je leur ai dit que j'étais empoisonnée... j'avais appelé à « Poison contrôle⁷ » cette journée-là quand je me suis rendue compte de ça, pis, je leur ai demandé. Je leur ai décrit mes symptômes, puis y m'ont dit : oui, ça peut correspondre à un empoisonnement... Alors, j'ai dit ça aux intervenantes, pis là, elles me regardent comme ça (les miment comme des personnes qui doutent d'elle et la croient folle). J'ai dit: là, là, j'veux aller à l'hôpital. [...] y'ont appelé l'ambulance, y m'ont embarqué dans l'ambulance, j'ai dit que j'avais été agressée et empoisonnée (mime comme les gens parlent dans son dos et rient). Là, je me suis dit: c'est juste des pauvres cons. J'ai compris. ... que, quelqu'un qui parle des empoisonnements en général, c'est de la psychose, c'est de la paranoïa. [...] Je me suis dit: si je m'en vais à l'hôpital, je devrais être correcte. Tout ce que je voulais savoir, c'est si j'allais être correcte, si ça allait revenir mon affaire ou si... j'avais eu des dommages permanents, c'est de ça que j'avais peur ». (Joëlle)

Elle raconte comment son expérience à l'hôpital a été tout aussi difficile. Après avoir relaté son histoire à l'infirmière au triage et passé des tests sanguins, le médecin lui annoncera qu'elle n'a rien, tout en lui suggérant une évaluation psychiatrique :

« Y m'regarde, y m'dit : Madame, je pense que j'aimerais ça vous faire évaluer par un psychiatre. Là, je me dis en moi-même: non, non, non, non, je ne reste pas ici en psychiatrie. Non, ce n'est pas vrai. Alors, y dit : madame comprenez-vous pourquoi qu'on vous croit pas. J'ai dit: je

⁷ « Poison Contrôle » est le Centre antipoison (*sic*) du Québec. Ce centre donne des informations par téléphone « sur la toxicité des produits » (Répertoire du Centre de référence du Grand Montréal, 2007).

comprends, j'comprends très, très bien. Y dit : vous êtes sûre que vous ne voulez pas voir un psychiatre ? Peut-être que vous en avez besoin. Non, non, j'vais aller chez ma sœur. [...] Là, j'ai réalisé que... que... lui, y était très bien au courant que même si j'en parlerais, on me croirait pas ». (Joëlle)

Le retour à la ressource d'hébergement montre comment les préjugés persistent et prennent le dessus sur la personne. Le lendemain matin, l'intervenante de la ressource d'hébergement lui fait comprendre : « Écoutez, madame! Étant donné que vous racontez encore la même histoire, on peut pas vous garder ici. Y'a des endroits spéciaux pour vous ». Joëlle ajoute : « Alors là, mon cauchemar, y'a continué comme ça ». Elle donne une description du nouvel hébergement : « C'était une clientèle d'itinérants, des problèmes de toxicomanes, des gros problèmes, une clientèle assez lourde ». Maintenant, elle a la certitude que quoi qu'elle dise, on ne croira pas son histoire. Les commentaires de Joëlle suscitent une réflexion que nous ne pouvons que constater : comment il peut être essouffant d'utiliser les services communautaires ou du réseau de la santé après avoir vécu un événement traumatisant. N'y aurait-il pas lieu de nous questionner sur la folie, les craintes et les préjugés qu'elle éveille, afin de sortir de sa stigmatisation et d'ouvrir sur une compréhension plus empathique de la souffrance humaine ?

Liens avec les collègues de travail

Jeanne et Pauline ont été agressées dans leur milieu de travail. Que dit-on de l'aide procurée par les collègues sur les lieux de travail lors de l'événement ? Quelle compréhension ont-ils de la situation ? Quelles réactions ont-ils face à leur collègue qui vient d'être agressée ? Quel support offre-t-on ? Sont-ils aidants ? Les collègues de travail peuvent-ils être les meilleurs aidants à ce moment précis de l'événement ? Quelles sont les perceptions des personnes que nous avons interviewées ?

Jeanne parle des premiers instants qui ont suivi l'agression du client :

« Y'a une infirmière qui est restée avec moi, qui m'a dit : c'est fini, c'est correct. Attends minute, là, je vais t'aider... Là, je voulais juste me laver les mains. Puis elle, elle essayait de m'attacher la blouse pour que je sois un peu plus convenable. [...] Y'a quelqu'un d'autre qui a téléphoné à mon conjoint pour qu'y vienne me chercher parce qu'y voulait pas que je quitte avec mon véhicule. Je dois dire que, par après, c'est un petit peu vague ce qui s'est passé... Je me suis lavée les mains, je me suis assise, les gens faisaient ce qu'ils avaient à faire autour de moi. Puis moi, on m'avait dit

d'attendre que mon conjoint arrive. C'est comme si j'obéissais à l'ordre, en tout cas, à la recommandation qu'on m'avait faite d'attendre mon conjoint ». (Jeanne)

Afin d'expliquer l'impact de l'agression sur ses collègues, Jeanne communique l'étendue des réactions déclenchées au sein de l'organisme même :

« Quand j'y repense à rebours, je me dis : ça vraiment été un événement traumatisant pas juste pour moi, mais pour les gens qui étaient avec moi, parce que suite à cette agression-là, le patient a été mis sous contraintes pendant deux semaines sans être détaché. Ce qu'on ne voyait jamais parce qu'un patient, on le met le moins longtemps possible sous contention. Mais, le ras de marée que ça a provoqué sur le département où je travaillais, dans les unités d'admission puis, même je dirais dans l'hôpital... » (Jeanne)

Pauline a été agressée à deux reprises par le même patient, à quelques semaines d'intervalle. Le premier événement a provoqué chez elle beaucoup de pleurs qu'elle s'expliquait difficilement. Elle nous parle des réactions de ses collègues :

« Y'sont venus un après l'autre m'offrir du réconfort, on a fait toutes sortes de folies, y'sont mis à compter les pires moments qu'eux avaient vécus en fait d'agression. Puis, je me disais: c'est quoi le rapport ? Quel réconfort ça m'apporte ? Pas grand-chose. Je sais qu'à un moment, j'étais seule, je regardais dehors et j'avais une impression de complètement vide. Y'avait (silence) plus rien, là. Puis, je me suis en venu à la maison. Quand je suis sorti de l'unité, les gens de la clinique externe ont dit ben non, tu t'en vas pas comme ça... tu t'en vas au bureau de santé. Je suis allée au bureau de santé, aucun support là. Donc, j'ai décidé de m'en venir à la maison ». (Pauline)

Dès la première agression, Pauline a demandé une session de *debriefing*⁸, afin de mieux comprendre son état émotif. Cette aide est offerte par une équipe spécialisée dans les post-événements. Ses propos montrent que le résultat escompté fut bien autrement :

« Le lendemain, j'ai rencontré [...] puis, on a parlé. On a regardé pourquoi le patient avait réagi comme ça. Je comprenais très bien pourquoi le patient avait réagi comme ça. Ça, je n'avais pas de problème. Mais moi, je ne me

⁸ Dans ce contexte de travail, le *debriefing* est une rencontre suite à un événement d'agression permettant la ventilation émotive de l'intervenant et la clarification/compréhension du comportement du patient. Dans cet organisme, on appelle cette rencontre aussi post-événement sans faire aucune différence dans l'application. La définition du *debriefing* ne correspond pas à celle du *debriefing* selon les experts du stress post-traumatique (voir la citation de Fassin et Rechtman au point 1.4).

comprenais pas, par exemple, comment ça se fait que moi, j'avais réagi comme ça ». (Pauline)

De retour au travail, Pauline est de nouveau agressée. Ce deuxième événement soulève chez elle une colère intense et elle explique comment ses collègues tentent de l'aider :

« ...on va se parler...qu'est-ce que ça donne de se parler, ça donne rien. Ça change quoi? Viens, on va te parler, ben non, non on va se parler. Là, y'm'a écouté verbaliser ma colère. Puis, après ça, je suis allée au bureau de santé, ils m'ont encore donné quelques jours ». (Pauline)

Dans les réponses de Pauline et de Jeanne, nous observons une certaine déception et l'iceberg d'un sentiment d'incompréhension. Nous pouvons résumer l'aide apportée par les collègues par certaines technicalités (téléphoner au coordonnateur, au conjoint, référer au service de santé) ainsi qu'à des gestes voulant reconforter les personnes blessées (attacher la blouse, se parler, rester près, etc.). À la lumière des commentaires précédents, cette aide est apparue insuffisante, du moins, il en ressort qu'il est impossible d'éviter des moments de solitude et de vide après-coup.

À titre indicatif, les liens avec les gestionnaires et avec l'organisme se sont résumés à des liens teintés de bureaucratie, du genre rapport d'accident, plainte à la police, des rapports avec la Commission de la santé et sécurité au travail (CSST) et du contexte du milieu de travail avec ses coupures budgétaires et ses impacts sur le personnel.

4.3.1.2 Les répercussions positives

Nous avons regroupé l'ensemble des contenus d'entrevues représentant les répercussions positives sous deux thèmes : le retour à soi et le refus de la rupture sociale.

1. Le retour à soi

À un moment ou l'autre de l'entrevue, chacune des personnes a abordé le thème de la solitude. Une solitude différente du sens attribué au début de cette étude, où nous pensions plus en termes d'isolement social, certainement un biais de la formation du travailleur social. Jeanne dira qu'elle est « seule avec du monde ». Pauline exprimera un « sentiment de solitude épouvantable » après avoir perdu par décès les quatre personnes les plus importantes de sa vie (*voir* Les liens sociaux avant l'événement). Écoutons leurs propos :

« Un sentiment de solitude intérieure. [...] Je n'étais pas isolée, mon conjoint était là, ma famille était là. Si j'avais eu besoin d'aide, si j'avais ... mais c'est moi qui se remettait dans cette situation où je me refermais complètement parce que je ne voulais pas inquiéter ». (Jeanne)

« Après cette séance-là, m'a-t-elle dit j'en ai pleuré... Assez que quand je correspondais aussi avec lui par e-mail pour le tenir au courant... assez qu'il était inquiet que je passe à l'acte ce soir-là. Quand j'ai réalisé à quel point la solitude était présente, là. Lui, il était inquiet de ça ». (Pauline)

Il ne fut pas question d'isolement social, mais plutôt d'un retour sur soi. Pour Jeanne, la solitude permet la contemplation de la nature : « Je suis quelqu'un d'assez contemplatif... j'aime beaucoup le silence, j'aime beaucoup observer la nature », ce qu'elle nous livre avec plus de détails dans ses propos :

« Les oiseaux... prendre des marches l'automne. Aller marcher dans les feuilles mortes... sentir le bois... sentir... marcher en nature est devenu ben important après cet événement-là. J'ai toujours été quelqu'un qui aimait les animaux... ...mais ça c'est devenu encore plus présent. Le refuge est devenu important. Donc, j'ai eu le goût d'améliorer le refuge... la maison, je la voulais à mon goût parce que je voulais passer plus de temps quand je travaillais pas ». (Jeanne)

Par la méditation, Pauline prend un moment pour être en contact avec elle-même. Elle explorera aussi une forme de solitude plus reliée à notre époque d'internaute, celle où les jeux vont procurer détente et plaisir. Elle nous en parle :

« De la méditation... d'être capable de faire le vide... puis, d'avoir comme un oasis de paix qui peut durer dix minutes de temps... Ça m'a fait un bien énorme. [...] Dans la céramique, j'allais le chercher, le côté le fun, le côté ludique, c'était mon objectif... lâcher le côté sérieux. ...ce qui a changé, c'est que je joue maintenant, ce que je ne faisais pas avant, alors y'a des jeux que j'ai achetés sur informatique et je vais faire des séances de jeux ». (Pauline)

Nous voyons dans leurs propos comment la solitude est devenue pour elles un lieu de ressourcement et de paix intérieure.

2. Le refus de la rupture sociale

Malgré des difficultés importantes sur plusieurs plans avec leurs liens sociaux, les personnes rencontrées en sont arrivées, avec le temps, à reconstruire leurs liens avec les

autres. À travers les styles de liens dont il a été question en entrevue, nous pouvons observer leur refus de rompre avec la majorité de leurs liens sociaux.

Les liens au travail

Rappelons que les liens sociaux au travail touchent les collègues et la clientèle. Nous avons vu que, tout de suite après l'événement, les liens avec les collègues avaient créé un sentiment d'incompréhension chez Jeanne et Pauline. Ici, elles nous révèlent l'aide qui leur a été donnée par la suite :

« ...j'ai téléphoné à la psychiatre avec qui je travaillais qui m'a dit: où est-ce que tu habites ? Donne-moi une couple d'heures, je vais te rappeler. Donne-moi ton numéro de téléphone. Et là, elle m'a rappelé deux heures après, puis elle m'a dit: Écoute, t'as rendez-vous avec telle personne, dans l'hôpital de ton secteur, ça va être après demain à telle heure. Rends-toi, cette personne-là t'attends ». (Jeanne)

« ...les ressources humaines ont été assez exceptionnelles à mon endroit. Pas tant au niveau de l'écoute, mais pour faciliter le suivi avec le psychologue. [...] ils m'ont offert 33 séances payées par le programme d'aide aux employés. Ce qu'ils ne font pas normalement, c'est cinq séances ». (Pauline)

Durant les mois précédant son retour au travail, Jeanne va rendre visite à ses collègues une fois par semaine en apportant une pizza à partager. Écoutons-là nous raconter dans quel contexte elle a repris ses fonctions :

« On avait convenu avec le personnel que c'était moi qui étais mandatée que j'étais là pour faire appel à la sécurité... que je n'intervenais plus dans une agression, dans une agitation, dans une mise sous contention, y'avait pu d'intervention de ma part... si j'étais là, j'étais la personne mandatée pour aller téléphoner. [...] Ça, ça été très aidant... très, très aidant. C'est pas des gros gestes, han. Mais, ce geste-là a été... il m'a permis de gagner sur l'événement, il m'a permis de faire la paix avec moi-même. De dire : t'as vécu ça, t'es revenu progressivement au travail, t'as mis des choses en place et t'as réussi à traverser le retour de travail... gagner sur cet événement-là. Je me suis fait accompagner longtemps à mon véhicule le soir. J'avais mon *bodyguard*, que j'appelais là... un infirmier qui m'accompagnait, puis, il l'a fait longtemps, longtemps, là... des mois de temps là... les gens ont été d'une générosité-là... incroyable. J'ai gagné sur l'événement ». (Jeanne)

Le cadre de travail dont il est question et les attitudes des collègues dans l'intégration au travail rapportés par Jeanne nous laissent croire que lors de l'événement, les collègues ne

sont pas les meilleurs aidants, mais qu'ils peuvent devenir des facilitateurs dans le retour au travail.

Avant que l'événement ne se produise, nous avons vu que Jeanne et Pauline, même si elles savent que leur contexte de travail présente un certain risque d'agression, sont souvent loin de penser qu'elles pourraient en être la cible, surtout de la part de la personne à qui elles donnent des soins. Cette ambiguïté s'entend dans les propos de Jeanne lorsqu'elle rapporte l'agression à la notion du bien et du mal :

« Et pour moi, l'être humain ne pouvait pas être l'incarnation du mal... ne pouvait pas être violent au point de... de ... faire du mal à quelqu'un d'autre... on sait que ça existe... les guerres... les viols... les ci, les ça... mais... Moi, qui voulais aider. Jamais, j'avais pu imaginer qu'on aurait pu me vouloir du mal, puisque moi, ce que je voulais, c'était faire le bien ». (Jeanne)

Toutefois, un changement de perception s'est effectué chez Jeanne et Pauline dans leur rapport avec la clientèle, comme nous pouvons l'observer dans ces commentaires :

« Ça, c'est sûr que ça été marqué à jamais. [...] la naïveté que j'avais dans le rapport au patient n'a pu jamais été là après ». (Jeanne)

« ... je peux t'aider, je peux t'écouter, je peux t'encourager. Mais si à un moment donné, je trouve que c'est trop, je décolle, je m'en vais. Je ne suis pas là pour prendre sa misère. C'est à toi, de trouver en toi, les forces pour t'en sortir, je ne peux pas prendre toute ta petite misère puis les porter à ta place, c'est pas vrai, ça marche pas de même ». (Pauline)

Après s'être longtemps sentie coupable, Jeanne refuse d'être considérée comme une victime et de briser le lien avec la clientèle. C'est avec confiance qu'elle dit :

« C'était un événement isolé et je ne laisserai pas cet événement-là, isolé, détruire... ce que j'avais mis des années à bâtir, en terme de confiance professionnelle... confiance intérieure... confiance... C'est devenu comme un défi dans ma tête de reprendre ce travail-là et de le faire jusqu'au moment où j'aurais senti que j'avais gagné sur l'événement ». (Jeanne)

Les amitiés

Les liens avec les amis ont été absents durant la période de choc suivant l'événement. C'est plus tard après l'événement que les liens d'amitié se renouvelleront. Jeanne reprendra contact avec son amie d'adolescence. Pour trois d'entre elles, ce sera différent, car elles ont

créé de liens avec de nouveaux amis. Pauline développera des liens amicaux avec ses voisins. Joëlle, dont les amitiés paraissaient suspectes, nous parle de nouvelles rencontres amicales alors que Marie se rend compte qu'elle a des amis en cours d'entrevue, en répondant à la question :

« J'ai une grande copine et, j'en ai deux, trois. J'ai le monsieur qui vend des cigarettes à côté. Et, j'allais de mieux en mieux. Depuis ce temps-là, je vois mes amis. [...] J'avais des personnes que j'aimais bien dans ces endroits là, comme Julie que j'ai connu là, ça fait deux ans que je l'ai comme copine, c'est une femme très intelligente. Sauf que elle, elle a vécu... elle est très intelligente, elle a un grand sens de l'humour, elle est très intelligente, c'est mon amie. Tu sais, j'ai des amis comme ça maintenant que j'ai appris à ne pas juger ». (Joëlle)

« (Spontanément)... des amies de filles, je n'en ai pas. Ben, je n'en ai pas, je ne suis pas prête à dire ça. J'en ai deux qui sont parties d'ici, pis y'ont leur logement. Donc, je vais les voir une fois de temps en temps. Je m'en vais chez une demain. [...] j'ai des amies là. J'en ai un autre en haut qui a le même prénom que moi qui est quatre ans plus âgée que moi. Ça se passe bien. Mais, justement, celle à qui j'ai repris les sandales, elle a pris ça mal, c'est sa décision à elle, moi, je ne peux pas rien faire, tant qu'à moi, c'est comme ça ». (Marie)

Les liens avec les groupes (ex. : religieux, communautaire, d'aide)

Après l'événement, les groupes deviennent des lieux de liaison. Ils seront de formes variées. Une personne s'intègre à des activités de méditation, de céramique et d'exercice physique. Deux personnes de l'échantillon habitaient dans un centre d'hébergement pour femmes où elles sont confrontées quotidiennement à la vie en groupe. L'une d'entre elles participait à un groupe de théâtre alors que l'autre s'investissait auprès des personnes itinérantes que nous considérerons comme un groupe.

Pour chacune, cette participation à la vie de groupe rejoint des objectifs différents. Pauline présente sa participation aux groupes en apportant des notions de ressourcement, de rencontres et de divertissement :

« Je suis allée chercher des activités pour aller nourrir ce que je suis. Fais que j'avais pris des cours de Pilâtes [...] des cours de méditation... des cours de céramique... Donc, le côté physique, le côté artistique et le côté spirituel que je suis allée travailler. [...] ...mes cours m'ont beaucoup aidé à sortir de la maison. Chercheuse : « Est-ce que dans le groupe, y'a des gens qui sont devenus plus importants ? Pauline : Non, je te dirais que pas pour se

voisiner là, mais pour avoir du fun en câline dans le groupe là, oui. [...] Dans la céramique, j'allais le chercher, le côté le fun, le côté ludique, c'était mon objectif... ». (Pauline)

Pour Marie, les groupes de théâtre permettent de découvrir de nouvelles personnes : « des déficients intellectuels, mais je les trouve merveilleux, ces gens-là ». Elle raconte qu'ils vont bientôt présenter un spectacle de théâtre : « une pièce qu'on a construite ensemble ». Elle ajoute :

« Disons, qu'ils ont leurs intelligences à eux autres... sont pas capables de s'exprimer... comme nous autres on le fait, mais à leurs façons à eux autres... Au début, c'était pas sûr. J'avais peur de parler puis, j'en ai parlé avec (son intervenante), après ça. Elle m'a dit : laisse-toi du temps, ça va venir. J'ai laissé les choses, puis le temps aller. Puis là, ça s'améliore ». (Marie)

En entrevue, quand elle parlait d'eux, elle dégageait une énergie si positive que nous lui avons demandé : « Vous m'en parlez, puis vous vous illuminez un petit peu en m'en parlant... j'ai l'impression que vous êtes comme confortable avec ces gens-là ? ». Ce à quoi, elle a répondu : « Oui, je suis très confortable avec ces gens-là. ...avec eux-autres, je me sens bien ».

Marie et Joëlle vivent dans un centre d'hébergement. Nous pensons que cette vie en groupe leur procure très certainement la sécurité en plus d'une certaine stabilité. Ce type de ressource est important pour que des femmes se sortent d'un tel vécu. Ce lieu de vie en groupe permet souvent la remise en lien avec les autres (*voir* les amitiés). La résidence en centre d'hébergement implique l'aide d'une intervenante sur place. Voici ce qu'elles ont dit de ce centre :

« J'ai envie d'aider les femmes. Pas que les hommes n'ont pas besoin d'aide, ce n'est pas la question, mais je me sens plus près des femmes. J'ai vécu auprès d'eux dans les hébergements, donc je connais beaucoup leurs problématiques. Puis, ça m'a fait du bien ». (Joëlle)

« Oui, c'est très important. Je me sens bien, à l'aise. Puis, je parle beaucoup à mon intervenante. Quand j'ai quelque chose qui me travaille ou quelqu'un me... ben, je lui en parle tout de suite ». (Marie)

Joëlle parle de son implication auprès des personnes itinérantes auxquelles elle s'associe dans leurs souffrances communes, tout en établissant des liens :

« J'aime écouter les gens, comment dire ? [...] maintenant ce qui va me toucher, c'est la douleur réelle d'un être humain. Comme moi, j'ai vécu... en détresse... j'avais vraiment besoin d'aide et je ne l'ai pas eu. Par la suite, maintenant, quand je vois quelqu'un qui est en détresse, qui souffre, je m'identifie beaucoup à cette personne-là parce que je l'ai été... dans une détresse profonde. Alors aujourd'hui, je suis très attentive à la douleur des autres... ». (Joëlle)

Malgré les souffrances de Joëlle sur le plan des liens sociaux, nous voulons soulever comment elle s'est réinvestie avec confiance auprès de ces personnes itinérantes :

« J'ai confiance que si elle me raconte quelque chose, qu'elle pleure et que je sens vraiment une douleur, je vais être à l'écoute, pis je vais essayer de lui dire: ben, je te comprends... pis attends un peu là, comme ici, ben, y'en a une que j'ai dit: parle à l'intervenante. Je vais essayer de (bis)... si je suis capable juste de les écouter un petit peu, pis de dire: ben, je comprends ça beaucoup, tu sais. Les hommes, ça c'est sûr, que j'ai aucune confiance ». (Joëlle)

Les liens avec les intervenants

Malgré les ratés des services de santé et communautaires rapportées par Joëlle (*voir* répercussions négatives), les personnes rencontrées en entrevue vont démontrer qu'il est possible de trouver des intervenants préoccupés par leur situation, portant un intérêt sincère à leur égard et pouvant véritablement les aider. Toutes ont consulté un professionnel de la santé. Psychiatres, psychologues, médecins et intervenants communautaires sont les professionnels auxquels elles ont eu recours. Joëlle a consulté un psychiatre, Jeanne a rencontré un psychiatre et une psychologue, Marie allait à des entrevues avec un thérapeute dans le communautaire, Jacinthe avait surtout rencontré un psychologue. Quant à Pauline, elle a rencontré un psychologue et un médecin.

Les autres intervenants rencontrés ont été des policiers (Joëlle et Jacinthe), dont un enquêteur spécialisé pour les agressions sexuelles (Joëlle) ainsi que des intervenants de la ressource d'hébergement (Joëlle et Marie). Comme il est possible de le constater dans les commentaires précédents, les intervenants des centres d'hébergement peuvent être à l'écoute rapidement ou encore être une personne à qui on peut se confier.

Qu'ont dit les personnes rencontrées sur les intervenants consultés après l'événement ? Jeanne, Pauline et Joëlle ont, toutes les trois, souligné l'importance « d'être crue », « d'être

comprise » et « d'être prise en charge ». Ces termes reviendront tout au long des liens avec les intervenants. C'est ce contenu que nous trouvons dans les propos de Jeanne :

« J'ai été entourée, accompagnée, tout le long, tout le long et le plus important, je dirais, c'est d'avoir été cru dans ma douleur, dans ma souffrance... c'est vraiment gros, en tout cas. C'est ça qu'y faut aussi être cru, être accompagné... mais quand on le ressent, quand on le vit vraiment, c'est vraiment la partie la plus importante ». (Jeanne)

Joëlle a porté plainte à la police pour « agression sexuelle avec empoisonnement ». Durant l'entrevue, elle donnera beaucoup de détails sur la rencontre avec le « détective de l'escouade des agressions sexuelles », craignant ne pas être crue : « Il faut qu'il croit, faut qu'il me croit parce que ce gars-là, il va continuer. C'était ça mon idée, c'était surtout ça ». Elle partage ses impressions de l'entrevue avec le détective :

« Je n'ai pas vu, je n'ai pas vu qu'il a douté, je voyais qui m'écoutait. Il prenait des notes. Alors, je n'ai pas senti comme les ambulanciers, comme le personnel que j'ai vu à l'hôpital, puis les autres qui me disait: madame, ce n'est pas votre place ici. J'ai senti qu'il me croyait, jusqu'à un certain point peut-être, en tout cas. Sur le coup, je me suis sentie écoutée quand même. [...] Il m'a dit : maintenant, [...] il faut que vous écrivez ça sur papier. [...] Quand il m'a donné les papiers, je lui ai dit: c'est sur que lui, il va vous dire que je suis folle, mais je ne suis pas folle. Il est parti à rire en disant: on l'a déjà entendu celle-là ». (Joëlle)

Après la déclaration écrite, il y a l'étape de la « validation » (Joëlle). Elle nous a expliqué que l'étape de validation consistait à une convocation au bureau de deux enquêteurs où l'un questionne la déclaration écrite tandis que l'autre l'observe sans rien dire. Les résultats de cette validation sont que sa cause a été reconnue, que les procédures à la Cour sont enclenchées, que des mandats d'arrestation sont émis contre l'agresseur (Jean) et l'ami de celui-ci (Paul). Au moment où nous la rencontrons, toutes ces procédures s'amorçaient.

Elle s'engagera dans un suivi avec un nouveau psychiatre après en avoir rencontré deux autres pour une dépression passée (*voir* 4.2.5 les liens avec des intervenants). Nous ignorons le contexte de ce revirement de position, alors qu'elle refusait de façon si acharnée d'être évaluée en psychiatrie. Voici comment elle décrit la rencontre avec le psychiatre qui l'a vraiment écouté :

« Là, je leur ai dit: j'ai été agressée. Ils m'ont cru. Je veux pu rien savoir des psychiatres, donnez-moi juste la prescription. ...c'était le Dr Y. qui était chef d'unité d'urgence [...] Là, ils m'ont posé des questions. [...] y m'ont passé un entrevue comme de deux heures et demie. J'ai raconté mon histoire, puis là, ils se sont regardés [...] puis ils ont dit: on ne voit pas aucun signe de psychose. Là, j'étais là: bon, au moins y'a ça là ». (Joëlle)

On annonce la prise en charge :

« ...vous allez être suivie à la clinique externe avec Dr Z. Lui, il a comme 20-25 ans d'expériences. J'ai commencé à le voir en avril... depuis ce temps là, il me suit. Lui, tout de suite, il m'a dit: madame, vous avez le syndrome post-traumatique. Il va falloir que vous suiviez une thérapie avec IVAC. Ne retirez pas votre plainte. [...] C'est le premier médecin qui, tout de suite, m'a pris en charge. Il m'a tout de suite aidé. Il m'a dit: c'est ça que vous avez, puis ça vous prendrait une thérapie pour le stress post-traumatique. Je sens qu'il est bon. Il m'écoute. Il est patient, puis, il est bon. [...] Je sentais qu'il voulait que j'aille mieux. Il voulait que j'aille bien. Je sentais un intérêt réel, alors je me suis sentie bien. [...] Lui, il m'a diminué mes médicaments. Et, j'en prends quasiment pu ». (Joëlle)

Cette personne n'a pas pu recevoir les services avec IVAC, car la demande dépassait le délai d'une année après l'événement.

Dès le début de son arrêt de travail, Jeanne rencontre « une psychologue du programme d'aide aux employés ». Ces rencontres lui ont permis de « libérer un peu de cet événement-là... de libérer la charge émotionnelle... de mettre en mots les émotions... », dira-t-elle. Puis, il y a la période où elle dit tenter de « s'en sortir seule. J'étais assez forte » pour réaliser qu'elle avait besoin d'aide : « On ne peut pas se soigner quand on est malade, han ? Il faut que ce soit quelqu'un d'autre qui nous soigne ». Elle donnera suite à la référence fournie par la psychiatre de son unité de travail. Elle relate l'attitude aidante de ce dernier :

« Le médecin m'a dit : vous allez mieux avec le Paxil ? Là, je me sens vraiment mieux...vraiment, vraiment mieux. Il m'a dit : Ok, maintenant, vous allez prendre votre rythme. Je m'attendais à ce qu'y me dise vous allez retourner travailler. Non, il dit : vous allez prendre votre été au complet, puis, vous allez vraiment prendre le temps de consolider votre mieux être que vous avez là ». (Jeanne)

Elle sera suivie par une psychologue et elle apprendra la technique de « désensibilisation » qui lui permettra de réintégrer le milieu de travail avec l'aide de ses collègues (*voir les liens au travail*).

Suivie par une intervenante du communautaire depuis quelques mois, Marie dira : « Je m'entends très bien avec elle. Aucun problème ». Voulant obtenir un peu plus de contenu, nous avons questionné : « Comment vous décririez la relation avec elle ? », Marie répond :

« Avec elle, ça va bien parce que moi je suis (tousse et s'excuse), je suis une personne... Comment je pourrais dire ça donc ? Je fonce, je me déplace, même si j'ai des troubles d'agoraphobie, je sors pareil. Et comme je vais au métro, je reste sur le plancher, parce que je suis suivie par un psychothérapeute là-dessus, pour m'en sortir de ce problème là, parce que je suis tannée de le vivre, une fois pour toute. Mais tranquillement, je vais sur l'étage du métro, pis après ça y va falloir que je commence à descendre, ben là, ça va me prendre une intervenante ». (Marie)

Les problèmes d'agoraphobie soulevés par Marie étaient là bien avant l'événement. Curieusement, lors de l'entrevue, Marie raconte que nous sommes la première personne à qui elle parle de l'événement traumatisant qu'elle a vécu : « J'n'en ai pas parlé à personne encore... La première.... », tout en précisant « même pas à mon intervenante actuelle ». La raison évoquée de ce manque à dire fut :

« ...parce que je la connais pas encore assez bien, là. Je la connais là. Elle m'aide beaucoup. Mais disons que ça va prendre un peu plus de temps avant que je m'avoue à elle... que je lui dise ce que j'ai vécu auparavant. Elle sait tout de ma mère, elle sait tout de mon père, elle est au courant de mes peurs ». (Marie)

Ce contenu ressortait un peu comme « un secret que je vous dévoile » à vous personnellement. Ce genre de secret dit une fois est une expérience connue de par notre travail en contexte d'urgence. Comme si cela était soulageant d'en parler une fois pour toute à quelqu'un qu'on risque de ne plus revoir.

Jacinthe verra un psychologue pour 40 à 60 entrevues. Ces entrevues l'ont laissée avec l'impression de ne pas avancer. Elle explique :

« À la fin, je lui disais : c'est comme le jeu de Monopoly. Allez! Case départ. On revient à la case départ. C'est malheureux! À la case départ, bon, l'événement il est passé, mais moi, mon état il est là, je n'avance pas. Moi, j'appelle avancer... Bon, je ne porte plus de sacoche. Je fais faire... même quand j'achète quelque chose avec une poche qui est petite, je vais chez la couturière et je lui demande de m'agrandir mes poches pour que je puisse mettre... imaginez... juste mettre mes pièces d'identité, la carte d'autobus, mes cartes de banque et la clef de la maison. Imaginez comment je sors. Et puis, j'ai un truc sur le dos. Moi, j'étais une fille coquette où j'avais mon

petit chose et tout. Là, je vais avec un sac avec un filet sur le dos, là. C'est ça, je porte plus de sac ». (Jacinthe)

Comme nous l'avons vu dans les répercussions négatives, le conjoint refuse de participer aux exercices de désensibilisation proposés par le psychologue (voir l'incompréhension des autres). Jacinthe attend la visite de sa sœur avec qui elle espère pouvoir mettre en pratique ces techniques.

Avant l'événement, Pauline avait perdu toutes les personnes qu'elle aimait une après l'autre : sa grand-mère, sa mère, son ami le policier et son ami le voisin :

« Je n'avais pas grand monde à qui parler, je trouvais, parce qu'on a réalisé [...] que tous mes confidents étaient décédés dans les quatre années précédentes. Alors toutes les personnes, en qui j'avais une entière confiance, que je pouvais conter tout ce qui me passait par la tête, étaient décédées... les quatre ». (Pauline)

En dehors de son conjoint qu'elle avait perdu de façon subite plusieurs années passées et dont elle a raconté quelques éléments d'histoire avant l'événement, Pauline attribue au lien thérapeutique « le rôle de substitut de confident ». Elle nous en parle dans ses mots :

« En fait, c'est que j'avais pu les personnes pour m'aider à mettre mes repères en place. [...] le psychologue, elle ne me connaissait pas. Ce n'est pas quelqu'un que je consultais depuis des années. Elle a appris à me connaître là. Ce n'est pas comme quand t'as une habitude de développée avec quelqu'un qui est capable, juste de te regarder la face, de dire : oups, ça ne va pas aujourd'hui. Fais que, le fait de ne pas avoir ça: quelqu'un qui est capable de me remettre les idées en place, qui est capable de me dire : Ben regarde, tu réagis de même, c'est vrai que c'est différent. As-tu pensé à aller voir telle affaire ? Regarde, on va faire telle affaire ensemble. Faire une activité avec quelqu'un, ça aurait été différent, peut-être que ça m'aurait, ça m'aurait aidé ». (Pauline)

Le suivi s'effectue au rythme de deux fois par semaine et d'un contact par courriel, au besoin. Les techniques de « désensibilisation » et du « EMDR⁹ » ont ici un effet positif sur la reprise de possession de ses moyens et ses capacités. De plus, l'intégration dans des activités de groupes sera bénéfique pour elle (voir liens avec groupes).

⁹ EMDR : *Eye Movement Desensitization and Reprocessing*. Il s'agit d'un traitement thérapeutique pour le stress post-traumatique qui a été inventé par Dre Shapiro.

Les voisins

Les entrevues ont permis de percevoir les voisins, tantôt comme des aidants, tantôt comme des amis. Pour Jacinthe, l'accueil est d'une grande importance, comme elle nous le laisse entendre dans ce propos :

« Je suis allée sonner chez la voisine d'à côté [...] Et heureusement, elle était là, elle a pu donc m'accueillir chez elle. Et on a pu faire les premières démarches ...à un moment donné, ma propriétaire est arrivée ...pour m'accueillir également chez elle ». (Jacinthe)

En plus des démarches relatives au vol, Jacinthe a raconté comment ses propriétaires ont collaboré à l'arrestation du voleur (*voir* le récit de Jacinthe). Elle mentionne quelques gestes qui l'ont touchée :

« ...la voisine d'à côté [...] quand j'ai eu le problème, elle m'avait apporté un livre, elle m'avait parlé de l'IVAC, de CAVAC pour aller chercher de l'aide parce que je ne savais pas. Et elle m'a apporté un livre... Et comme j'étais à la maison, je le lisais. Enfin, ça m'a aidé, ça m'a pas aidé, mais... toujours est-il qu'elle m'a apporté une très belle lecture. Oui, je m'en souviendrai toujours ». (Jacinthe)

Jacinthe croit que le fait d'être une bonne voisine a joué un rôle dans l'aide apportée : « Si j'étais pas une bonne voisine pour elle, elle n'aurait pas fait ce geste (lui donner un livre). Et elle est rentrée chez moi ce jour-là. Oui, elle est rentrée puis, elle m'a dit: si tu as besoin de quoi que ce soit, je suis là ». Cette rentrée d'un voisin chez soi laisse penser qu'on accorde une certaine confiance à l'autre et qu'on lui porte de l'estime ou encore qu'on est suffisamment estimée pour que la personne accepte de venir dans notre maison.

Pour Pauline, le voisinage représente un ensemble de personnes avec lesquelles elle peut accomplir certaines activités. Elle en parle ainsi :

« Je me suis rapprochée de mes voisins, parce qu'on forme vraiment une petite communauté, pis l'été, on est souvent ensemble, pis l'automne, pis l'hiver, on l'est un peu moins. Mais là cette année, on était beaucoup plus près. On a fait des activités malgré que ce soit pas la saison... que ce soit d'aller une partie de quilles et prendre toutes sortes de positions pour lancer la boule de quille. L'objectif n'étant pas d'avoir un meilleur score, mais bien d'avoir du plaisir. Que ce soit aller voir un film, aller au restaurant, des choses comme ça. On a fait des activités sur une base beaucoup plus régulière. Ce qu'on ne faisait pas avant. Ça, ça c'est amélioré de ce côté-là ». (Pauline)

Ce rapprochement entre voisins n'empêche pas Pauline d'établir certaines limites. Elle explique :

« ...j'ai une voisine qui m'appelle régulièrement. Elle a des problèmes d'alcoolisme, mais quand elle se répète, mais bon, regarde, on va se rappeler une autre fois. Je n'endurerai pas deux heures de temps le limonage au téléphone. J'ai autre chose à faire. C'est-à-dire que, je te dirais que mon respect envers moi-même a augmenté, ce qui fait que je mets plus de limites ». (Pauline)

Nous retenons que tout de suite après l'événement traumatisant les liens avec les voisins ont été accueillants et aidants et qu'avec le temps, des liens se sont créés pour partager des activités afin d'éprouver du plaisir.

Les liens familiaux

Les liens familiaux dont il est question en entrevue se composent surtout de liens filiaux, sororaux, paternels et ceux avec une aînée. Nous nous souviendrons du « refuge » de Jeanne qu'elle a décrit dans le thème de la rupture des liens sociaux. Ici, elle explique son état d'absence devant la présence à son jeune fils :

« J'étais dans sa routine comme un robot qui fait c'qu'y a à faire, mais qui, à partir du moment où je le (son fils) couchais pour sa sieste le matin, il avait déjeuné, la couche était changée, il était habillé. Il jouait un peu... je le regardais jouer... des fois, je jouais avec lui... mais, je n'étais pas là, j'étais complètement absente de ça. Et, aussitôt que j'avais une minute à moi qui était pas dans sa routine, je me rasseyais dans ma bulle et mon disque cassé reprenait : qu'est-ce que je vais faire? (le répète trois fois) ». (Jeanne)

Par la suite, Jeanne dira que c'est pour son fils qu'elle est allée chercher de l'aide : « prendre des antidépresseurs, pour moi, ça été un combat à l'intérieur de moi. Je pense que je l'ai fait pour mon fils... je pense que je l'ai fait pour lui ». Joëlle est aussi touchée par les liens filiaux, pas dans le sens de s'en sortir pour lui, mais dans le sens d'être aidée par son fils (adulte) pour s'en sortir. Elle raconte :

« ...le plus jeune y'é descendu à Montréal. J'étais en hébergement... y'a dit là, maman, j'ai mon auto, ça va bien aller, on va aller chercher un logement. Puis, y dit : tu restes pas dans la rue. Mais mon fils... y'en revenait pas. Moi, je m'apercevais que j'étais sur un choc. Puis, j'essayais de lui dire que c'était un prédateur... ...mais je voyais que lui, y voulait juste que je sois bien... si y voyait que j'étais pour aborder le sujet, ça faisait pas son affaire

parce qu'y voulait juste que je sois bien et que je m'en remette. C'était comme: arrête d'en parler, si t'arrête d'en parler, ça va passer. Ça va bien aller. [...] ...mon fils a passé trois mois avec moi et ca été merveilleux! ». (Joëlle)

Joëlle et Jacinthe parlent de leurs liens avec leurs sœurs. Joëlle refuse de perdre contact avec sa sœur malgré les déceptions ressenties après l'événement. Elle éclaire ce qui la motive :

« Parce qu'elle vit quelque chose de difficile elle aussi, avec son mari, elle a des problèmes de couple. [...] À un moment donné, je me suis dit: je ne peux pas l'abandonner. Mais, elle m'a abandonné par contre. J'aurais espéré encore qu'elle me dise: écoute, t'as vécu quelque chose de vraiment « *heavy* », vraiment traumatisant, j'aurais aimé ça qu'elle me dise juste: parle-moi-en. Elle n'a jamais voulu entendre un mot ». (Joëlle)

Alors que Jacinthe téléphone à sa sœur tous les jours pour garder « mes repères de l'extérieur », elle nous parle de sa visite tant attendue :

« Maintenant, je me dis quand ma sœur va venir, je vais essayer de travailler cette chose avec elle, sans trop... peut-être déjà quand elle va venir parce qu'on ne s'est pas vu depuis 10 ans, peut-être que je vais m'oublier un petit peu et que je vais sortir avec elle et ne pas trop faire attention parce que je vais me sentir vraiment en sécurité avec elle. ...je me dis: ça va me rassurer. [...] Alors avec ma sœur, je me dis: peut-être que je vais... peut-être qu'elle va me donner de l'espoir [...] c'est une fille courageuse ». (Jacinthe)

Pauline et Jeanne présentent leurs liens avec leur père. Celui de Pauline ne comprend pas ce qui arrive à sa fille mais, comme l'explique Pauline, le temps aidant ainsi que les explications fournies par l'amie de celui-ci, favoriseront une attitude plus supportante. Elle nous présente la situation :

« Papa, au départ, quand je lui ai dit ça que j'ai été agressée... ce n'est pas grave, t'as été agressée déjà dans le passé, ce n'est pas plus grave que ça. [...] papa comprenait pas. C'est comme si je m'écoutais. J'avais beau faire des efforts, mais y voyait pas ces efforts là. [...] Elle avait une compréhension de mon vécu que lui n'avait pas. J'ai l'impression que pour lui ça a fait : Ah oui! Ok. C'est ça qui se passe. Ça lui a pris du temps à digérer. Après ça, il est devenu supportant : Puis: comment tu vas ? Es-tu capable d'aller faire ton épicerie ? Es-tu capable de faire tes choses ? Es-tu encore en train de vérifier ta maison, c'est correct. Il prenait des informations ponctuelles... deux, trois fois par semaine. Sa fréquence d'appel a augmenté ». (Pauline)

Quand Jeanne est retournée au travail, son père donne son opinion, tout en la conseillant. Elle raconte :

« J'ai eu une longue discussion avec mon père sur ce que c'était le travail, sur ce que c'était la place du travail dans notre vie, ce qui était important... Puis, il m'a dit : t'es une fille travaillante, toi, han ? [...] Il m'a dit : c'est important pour toi des défis, han ? Ah oui ! C'est important. Ça nous fait vivre des défis, han ? Ça nous nourrit les défis, mais ce n'est pas un salaire, ce n'est pas de l'argent-là, ça a pas de rapport, c'est un sentiment de bonheur d'accomplissement. ...je pense que t'as fait la preuve que t'étais capable... Ça serait peut-être le temps que tu trouves quelque chose de plus calme, de plus tranquille... un autre département. T'as gagné sur ce département-là, l'événement n'a pas gagné sur toi, han ? ». (Jeanne)

Marie va renouer avec sa marraine en lui téléphonant sur une base plus régulière :

« De temps en temps, j'appelle ma marraine pour lui demander comment ça va. Elle est âgée, elle a 90 ans. Elle va très bien. Elle a des problèmes de pieds... elle ne marche plus, après un certain âge, mais elle va bien quand même. C'est plus rassurant pour eux autres... ». (Marie)

Les liens conjugaux

Jeanne et Jacinthe sont en couple. Jacinthe éprouve plus de difficulté dans sa relation conjugale, car son conjoint la blâme et ne comprend pas qu'elle réagisse différemment de lui, qui a déjà été agressé au couteau. Le refus de Jacinthe d'interrompre le lien avec son mari s'entend dans la compréhension de celui-ci face aux sorties avec les amis dont elle dit le priver (*voir* citation dans l'incompréhension des autres).

Quant à Jeanne, elle refuse de voir chez son conjoint une attitude négative, malgré son silence et ses mots manquants; mots qu'elle aurait souhaités. Ce refus s'entend dans une compréhension empathique et respectueuse d'un conjoint dépassé par l'événement et les changements de sa femme, mais capable de respecter le rythme de son rétablissement. C'est comme si, à travers le silence, une confiance implicite et une certaine complicité existaient entre les deux, comme elle le dit :

« On se parlait très peu. Mais, dans ses yeux, je voyais qu'il était désemparé, et dans mes yeux, il voyait que j'étais complètement... plus la même personne qu'il avait connue... Puis, il ne savait pas comment prendre la nouvelle. [...] Je me rappelle quand mon conjoint qui partait le matin et qui me laissait [notre fils], je le voyais dans son regard, qu'il était extrêmement inquiet de me laisser. Il n'avait pas le choix, il fallait qu'il aille travailler. Je pense qu'il sentait que je ne l'aurais pas laissé introduire

quelqu'un d'autre entre X [le fils] et moi. C'est comme s'il me regardait à distance étant un peu à l'affût de mes besoins. Inquiet, mais sans en parler, sans se le dire vraiment : Je suis inquiet de te laisser avec le petit. Comme pour ne pas ajouter à ma souffrance... ». (Jeanne)

À l'aide de ces données, nous ne croyons pas rassembler toutes les répercussions relatives au vécu d'un événement traumatisant. Nous pensons, tout au plus, en présenter une partie paraissant plausible. Cela a permis de ressortir quelques répercussions négatives et positives. Loin de nous l'idée de supposer qu'une agression impliquant un contact direct avec l'agresseur soit un mal nécessaire pour transformer ses liens avec les autres. Les récits des personnes interviewées démontrent la finesse particulière de chacune des participantes à pouvoir se reconstruire dans ses liens avec les autres. Liens que nous avons parcourus à travers différents environnements : professionnel, amical, scolaire, communautaire, religieux, voisinage, ainsi que ceux avec le conjoint et la famille immédiate. Dans le chapitre suivant, nous analyserons plus en profondeur les résultats recueillis à la lumière du cadre théorique élaboré au deuxième chapitre.

CHAPITRE V

ANALYSE DES RÉSULTATS ET DISCUSSION

À l'aide des deux tableaux-synthèse sur les répercussions négatives et positives (voir appendice C), nous procédons à l'analyse des données recueillies lors des entrevues. Comme mentionné précédemment, nous avons opté pour deux périodes de temps au cours desquelles les données ont été recueillies sur les répercussions survenant tout de suite après l'événement et celles s'étalant dans les mois le suivant. Ces deux périodes de temps permettent de comprendre que les réactions à l'événement peuvent parfois être différentes d'une personne à l'autre, dépendamment de la période de temps durant laquelle elle se passe. Plus les personnes s'éloignent de l'événement, plus elles ont tendance à prendre de la distance face à cet événement traumatisant et leurs réactions peuvent changer. C'est pourquoi nous le mentionnons au besoin pour faciliter la compréhension de l'évolution des personnes dans leur parcours à travers le facteur temps. L'analyse et la discussion pour l'ensemble des données recueillies s'articulent autour des thèmes suivants :

- 1) Les répercussions négatives sur les liens sociaux
 - La rupture sociale
 - La fracture de l'appareil psychique
 - Les émotions contraignantes
 - Les difficultés : la perte de confiance et la perte des repères
- 2) Les répercussions positives sur les liens sociaux
 - Le retour à soi
 - Les capacités de rebondissement
 - La reconstruction des liens sociaux

Afin de permettre aux lecteurs d'avoir une bonne représentation des répercussions pour l'ensemble des personnes interviewées, nous présentons un portrait très succinct de chacune d'elles. Joëlle a été agressée sexuellement par son colocataire qui tentait également de l'empoisonner. Elle s'était particulièrement liée d'amitié avec un ami de ce colocataire. Jeanne et Pauline sont deux infirmières travaillant dans un hôpital psychiatrique où elles ont été agressées par leur patient. Jeanne rencontrait pour la première fois le nouveau patient, alors que Pauline a été agressée à deux reprises, dans un délai d'une à deux semaines, par un patient qu'elle connaissait. Marie a été frappée au visage par son conjoint et Jacinthe a été agressée à la sortie du métro pour le vol de son sac à main.

5.1 Les répercussions négatives sur les liens sociaux

5.1.1 La rupture sociale

Nous avons regroupé les contenus théoriques aux auteurs pouvant expliquer le thème de la rupture sociale (Tableau 2). Nous verrons que les auteurs présentent cette rupture sociale sous deux facettes : celle de l'isolement social et de la non-participation aux échanges sociaux. Cela concerne les liens avec les proches, mais aussi avec les différents systèmes sociaux fréquentés.

L'isolement social

L'isolement social compte parmi les répercussions négatives les plus souvent rapportées par les auteurs (Côté, 1996; Marchand et *al.* 1998; Crocq, 2000, 2001; Morbois et Casalis, 2002; Fischer, 2003; Figley, 1985). Les termes de retrait social, d'un mur du silence (Fischer, 2003), d'exil intérieur (Jaccard, 1975), d'abandon du langage (Lebigot, 2002; Côté, 1996) ainsi que d'un destin d'exclu (Lebigot, 2002) font tous référence à la notion d'isolement social. Tous les auteurs s'entendent pour dire que la personne se referme sur elle-même et interrompt les liens avec l'extérieur. Pour expliquer cet isolement social, certains auteurs l'ont rattaché à des attitudes de blâme et de culpabilisation de la part des autres (Figley, 1985) ou, encore, à des sentiments de honte et de culpabilité (Fischer, 2003; Roisin, 2003). Pour d'autres, l'isolement social est considéré comme une conséquence aux perceptions négatives que peuvent entretenir les personnes traumatisées à l'égard du soutien

que leur offre leur entourage (Maltais *et al.*, 2005). Un auteur mentionne que l'isolement social relève d'un « malaise existentiel » que certains chercheurs ont représenté pas un « engourdissement psychique » (Fischer, 2003, citant Suedfeld, 1990, p. 63). Cet engourdissement est associé aux personnes ayant vécu de la torture, mais nous verrons que l'une des personnes rencontrées vivra un état pouvant être similaire.

Afin de bien cerner les différentes répercussions négatives, nous situons le temps dans lequel ces répercussions s'inscrivent en précisant que la première période est celle qui suit immédiatement l'événement ainsi que les premiers mois suivants, alors que la deuxième période est subséquente à ces derniers. Nous indiquons la période concernée au fur et à mesure que nous avançons dans l'étude.

Immédiatement après l'événement et dans les premiers mois suivants, Pauline et Jacinthe ne sortaient presque plus de chez elles. Pauline vérifiait constamment si les portes de son appartement étaient barrées. Marie s'était réfugiée chez son père et s'était rasée la tête pour de ne pas être reconnue par son conjoint qui l'avait agressée. Tout de suite après l'événement, Jeanne souligne son insatisfaction face à ses collègues : « Je voulais juste me laver les mains. Puis elle, elle essayait de m'attacher la blouse pour que je sois un peu plus convenable ». Par la suite, Jeanne s'est refermée dans son milieu familial et nous constatons qu'elle s'est même isolée des siens :

« Je me suis complètement refermée sur ma famille, mon conjoint et mon fils. J'évitais beaucoup les contacts avec les parents le plus possible [...] J'ai pratiquement aussi tassé mon conjoint. Je dirais que la bulle s'est plus refermée entre mon fils (2 ans) et moi ». (Jeanne)

Jeanne décrira avoir été dans un état « robotisé » durant les deux premiers mois suivant l'événement. Nous avons constaté que cet état correspondait à l'engourdissement psychique présenté par Fischer (2003). Est-ce que la culpabilité longtemps ressentie après l'événement pouvait accentuer cet engourdissement ? Nous ne saurions dire si elle ajoute à l'intensité de sa solitude, comme l'entendent Fischer (2003) et Roisin (2003), mais Jeanne parlera aussi de sa peur d'être hospitalisée et de l'impossibilité de parler de sa souffrance à qui que ce soit. Puis, elle dira avoir tenté de trouver des moyens de s'en sortir seule.

Quelques mois après l'événement, Pauline déclare être habitée par une « profonde solitude » due aux pertes de tous ses êtres chers. Quant à Jacinthe, elle lance un grand cri : « JE SUIS TOUTE SEULE », reflet d'une solitude qu'elle ne peut plus tolérer et à laquelle elle ne trouve rien de bon. Le sentiment de solitude qu'éprouve Jacinthe peut rejoindre les attitudes de blâme et de culpabilisation provenant des autres (selon Figley, 1985), car son mari lui reproche constamment de ne pas s'en sortir seule. Pouvons-nous associer la solitude de Jacinthe à une perception négative de son mari, comme l'entendent Maltais *et al.* (2005) à propos du soutien offert par l'entourage ?

Voyons comment les autres personnes de l'échantillon ont perçu le soutien de leur entourage. Tout de suite après l'événement, Pauline et Joëlle ont tenté à plusieurs reprises d'être en lien avec les autres. Pauline a fait appel à l'expertise de ses collègues de travail, mais l'aide offerte ne répondait pas vraiment à ses attentes :

« Y'sont venus un après l'autre m'offrir du réconfort. On a fait toutes sortes de folies, y'sont mis à compter les pires moments qu'eux avaient vécus en fait d'agression. Puis, je me disais : c'est quoi le rapport ? Quel réconfort ça m'apporte ? Pas grand-chose. Je sais qu'à un moment, j'étais seule, je regardais dehors et j'avais une impression de complètement vide ». (Pauline)

Joëlle a cherché de l'aide à maintes reprises dans le réseau de la santé, en plus de réclamer la protection d'un ami et la compréhension de sa sœur, mais encore là, les réponses furent vaines. Pouvons-nous dire que cet isolement social provient des perceptions négatives que les personnes traumatisées ont à l'égard du soutien procuré par l'entourage, comme l'entendent Maltais *et al.* (2005) ? Nous pouvons observer, dans le précédent commentaire de Pauline, quelques propos négatifs à l'égard de ses collègues : « Puis, je me disais : c'est quoi le rapport ? Quel réconfort ça m'apporte ? Pas grand-chose ». Nous pouvons également remarquer qu'elle se retrouve seule à regarder dehors. Les propos de Joëlle sont tout aussi critiques face aux services consultés, où aucune aide apportée ne lui donnait satisfaction :

« J'ai dit ça (l'empoisonnement et le viol) aux intervenantes... elles me regardent comme ça (les miment comme des personnes qui doutent d'elle et la croient folle). J'ai dit : là, là, j'veux aller à l'hôpital. [...] y'ont appelé l'ambulance, y m'ont embarqué dans l'ambulance, j'ai dit que j'avais été agressée et empoisonnée (mime comme les gens parlent dans son dos et rient). Là, je me suis dit : c'est juste des pauvres cons. J'ai compris. ... que,

quelqu'un qui parle des empoisonnements en général, c'est de la psychose, c'est de la paranoïa ». (Joëlle)

Quand elle ira à l'hôpital, là non plus, elle ne se sentira pas crue, toujours avec la même perception que les autres pensent qu'elle est en psychose ou paranoïaque. Cela est ravivé quand le médecin lui suggère une évaluation en psychiatrie. De retour à la ressource d'hébergement, l'intervenante l'avise qu'elle doit se trouver une autre place car « Y'a des endroits spéciaux pour vous » (Joëlle). Elle se retrouve dans un centre d'hébergement pour personnes itinérantes.

S'agit-il de perceptions négatives de la part des personnes traumatisées ou doit-on considérer aussi les réactions de l'entourage ? Pour offrir une analyse plus approfondie du sujet, nous aurions eu besoin de questionner les réactions des membres de l'entourage. Des auteurs rejoignent notre questionnement en confirmant que l'isolement social provient non seulement des attitudes personnelles, mais de celles des autres et de la société en général à l'égard des personnes traumatisées (Figley, 1985, 1986; Fischer, 2003; Maltais *et al.*, 2005; Ion, 2006). Dans cette perspective, les perceptions négatives que nous venons d'explorer peuvent se comprendre autrement. En fait, selon les réponses reçues de l'entourage, les personnes traumatisées ont montré que, malgré plusieurs tentatives d'être en lien avec les autres après l'événement, elles n'avaient d'autres choix que de se retirer d'un monde peu empathique, souvent inquiet outre mesure, mais surtout incapable de recevoir la souffrance humaine. Ce qui donne une explication plausible de l'isolement social dans lequel s'insèrent certaines personnes après un événement traumatisant.

Nous pensons que cela pourrait aussi expliquer l'adoption de certains comportements chez d'autres traumatisés comme la consommation d'alcool ou des comportements inadéquats socialement. Mentionnons ici qu'une seule personne de notre population avait eu des problèmes de consommation (alcool et médicaments) dans le passé, il s'agit de Marie. Elle a raconté avoir aussi eu des problèmes de santé mentale (trouble de panique avec agoraphobie et dépression). Toutefois, elle avait cessé toute consommation avant l'événement et il semble que cet arrêt fut l'un des motifs de la dégringolade du couple où les comportements du conjoint ont dégénéré en comportements violents. La consommation et la situation mentale de Marie n'ont pas semblé s'aggraver suite à l'événement.

Le mouvement de donner-recevoir

Les études de Le Bot (2002) et d'Apfeldorfer (2006) nous aident à comprendre comment les personnes interrompent les échanges sociaux. Ils soulignent l'importance de l'alliance et des échanges dans l'établissement des liens sociaux. Pour Apfeldorfer (2006), le lien social se construit dans un mouvement de donner et de recevoir, où chacun s'implique dans des activités assumées ensemble. Cette organisation d'échanges tisse des liens dans lesquels chacun doit y trouver son intérêt. Il précise que ces « trocs d'objets ou de services » obligent une circulation des dons et des services qui rendent les individus interdépendants tout en les liant. Pour Le Bot (2002), les liens sociaux ainsi conçus le sont principalement pour répondre à la satisfaction des besoins personnels.

Jeanne cesse de travailler tout de suite après l'événement, alors que Pauline reviendra au travail après la première agression et arrêtera de travailler après la deuxième. Elles ne peuvent plus travailler, car elles ne peuvent plus donner des soins de santé à leurs patients. La position de donner est perturbée et est à l'encontre du mouvement donner-recevoir d'Apfeldorfer (2006), mais surtout, elles ne peuvent plus participer aux activités sociales, dont celle de retourner au travail comme l'entendent Fischer (2002), Roisin (2003) et Maltais *et al.* (2001, 2005). Ajoutons ici que le rôle d'aidant est une position de don. Tel que le mentionne Langlois (1994), ce don a « une valeur de modèle » pour les personnes en relations d'aide. Seule Jeanne parle de ce don de soi transmis par des valeurs parentales et par la formation professionnelle :

« Mes parents m'avaient dit : l'être humain, c'est quelqu'un qui a besoin d'être aidé, d'être accompagné. Mes parents faisaient beaucoup de bénévolat, donc... Ils étaient portés vers les autres. [...] Moi, on m'avait inculqué des valeurs, que les êtres humains, on devait s'entraider entre nous, on devait être compatissants ». (Jeanne)

« [...] on nous montre beaucoup pendant cette formation-là, le don de soi, le sentiment vocationnel qu'on a... on est beaucoup « *brain washé* »... quand on fait un cours d'infirmière... et jamais, jamais, jamais, jamais, on nous prépare au fait qu'on peut être agressé par un patient. Jamais ». (Jeanne)

Toutes deux parlent du don d'elle-même qu'elles accomplissent dans leur travail quand Jeanne dit fournir un rendement de 150 %, tandis que Pauline, en plus de voir les tâches à accomplir, réalise celles de ses collègues. Pourrait-il être question dans ce rendement élevé

d'obligation à la dynamique de donner et de recevoir, tel que l'entend Apfeldorfer (2006) ? Lorsque Marie et Joëlle refusent de donner et de recevoir dans leurs liens avec les hommes, il est utile de se demander si elles n'étaient pas dans une dynamique de « trop donner » ou si elles ne sont pas plutôt en train d'interrompre ce sentiment d'obligation ou, encore, de sortir de cette interdépendance ? :

« Mais, y voulait tout le temps me voir. Je lui disais : je ne suis pas capable, je travaille... C'était tout le temps... À un moment donné, je suis allée rester avec lui; puis, j'ai perdu mon emploi à cause de ça ». (Marie)

« À un moment donné, je lui avais dit que je voulais m'en aller parce que j'étais pu bien, c'était trop lourd pour moi. J'y ai dit : qu'y était rendu trop difficile. [...] j'ai vraiment essayé de l'aider. [...] je l'aidais dans son travail le plus que je pouvais. J'ai essayé de le soutenir, pis ça a fini, il s'est suicidé ». (Joëlle)

Jacinthe s'est retirée de toute activité sociale avec le sentiment de priver son conjoint de sorties. Le Bot (2002) et Apfeldorfer (2006) éclairent notre compréhension : le mouvement de donner-recevoir est bloqué puisqu'elle refuse, ou bien cela lui est impossible de participer aux activités sociales en allant visiter des amis avec son mari, qu'elle plaint. Cette façon de s'apitoyer sur le sort de son conjoint, n'est-ce pas une tentative de donner afin de tenter d'obtenir de lui, donc de recevoir, de l'obliger, d'une certaine façon, à lui donner à son tour la même compréhension ? Cela permettrait de rétablir le lien dans ce mouvement de donner et de recevoir, comme l'entend Apfeldorfer. Dans ce blocage mutuel, il serait possible de saisir que le refus du conjoint de participer (donc de donner) au rétablissement de sa femme et celui de la femme de sortir (donc de donner aussi) les empêchent tous deux de s'impliquer dans des activités communes. La circulation d'énergie entre donner et recevoir est bloquée et rend impossible l'échange et l'alliance, selon d'Apfeldorfer (2006). Selon Le Bot (2002), la satisfaction des besoins personnels est impossible de part et d'autre.

Dans une autre perspective que celle de donner-recevoir et de la satisfaction des besoins, Lebigot (2002) a abordé le sujet de l'exclusion sociale en évoquant le fait que la personne traumatisée se construit un destin d'exclu, parce qu'elle est abandonnée par la communauté des hommes suite à une perte de langage (réf. *La membrane psychique*). Il

relève aussi que celui qui se fabrique un destin d'exclu est celui qui « en veut un peu à tout le monde » (Lebigot, 2002, p. 52).

Dans cette dynamique où la personne en veut un peu à tout le monde, nous pouvons envisager la révolte de Joëlle lorsqu'elle réagit aux liens avec les intervenants et qu'elle s'intègre aux itinérants : « J'ai eu un moment de révolte, un peu parce que dans mon métier, j'ai toujours pris soin des gens; puis, quand moi j'en ai eu besoin, il n'y avait personne » (Joëlle) et les reproches de Jacinthe à l'égard de son mari : « On partage notre vie avec quelqu'un qui ne veut rien savoir, qui ne veut rien comprendre à mes peurs, ben, ça ne m'aide pas. Je n'ai pas quelqu'un qui m'aide » (Jacinthe). Ce destin d'exclu n'a pas de sens pour les autres.

5.1.2 La fracture de l'appareil psychique

Nous allons présenter l'appareil psychique décrit par Côté (1996), Crocq (2001) et Lebigot (2002), qui nous démontreront comment l'image traumatique et la perte de langage ont rejoint les personnes rencontrées en termes de répercussions négatives (voir tableau 2).

L'appareil psychique

Avant d'aborder l'appareil psychique sous l'angle de Lebigot, nous avons exploré la conception du stress de Selye (1974), afin de situer la position du traumatisme dont le niveau de stress est très élevé. Il est important de comprendre que l'organisme humain possède des limites dans ses capacités d'adaptation et de résistance face aux événements de la vie. Pour Selye, peu importe l'événement, il y a toujours une demande interne dans l'organisme pour résister et s'adapter aux événements extérieurs, afin de maintenir la vie. Toutefois, quand l'état de stress s'étire dans le temps, la détresse s'installe.

Quant à l'appareil psychique, dans le cadre théorique, nous avons présenté la métaphore du ballon pour différencier le stress du trauma. Crocq (2001) et Lebigot (2002) expliquent que dans le trauma, une image traumatique s'introduit et s'incruste dans l'appareil psychique si fortement que la personne en perd l'usage du langage (sans mot et sans représentation). Cet abandon du langage est aussi soulevé par Côté (1996). Cette intrusion de l'image traumatique ne se produit pas quand il est seulement question de stress.

Rappelons, pour reprendre la métaphore du ballon, qu'une simple pression est plutôt exercée sur le ballon alors qu'en trauma, le ballon est perforé.

En entrevue, les personnes ont rapporté avoir été aux prises avec l'image traumatisante de leur agresseur. Cette image de l'agresseur revient à tout moment et le rend présent de nouveau : l'agresseur peut surprendre n'importe quand, on le craint et on croit qu'il peut répéter l'agression d'une façon quelconque. Joëlle était tellement prise par l'image traumatique de l'agresseur que durant l'entrevue, elle a cru le voir passer dans le parc de l'autre côté de la rue. Pour elle, tout homme pouvant ressembler à l'agresseur est perçu comme un tueur potentiel. L'image traumatique de son agresseur persiste dans le temps car au moment de l'entrevue, deux ans s'étaient écoulés depuis l'événement. Il a été possible de constater un niveau de stress élevé. Joëlle est la seule personne qui racontera avoir revécu l'événement par après. Chez Pauline et Jacinthe, l'image traumatique apparaîtra aussi, tout de suite après l'événement, mais elle cessera par la suite. Pour Jeanne, il n'y a pas eu d'image traumatique immédiatement après l'événement, mais celle-ci est apparue au moment du retour progressif au travail.

La perte de langage

Pour ce qui est de la perte de langage (Côté, 1996; Crocq, 2001, Lebigot, 2002), elle fait sens pour Jeanne et Joëlle durant les premiers mois après l'événement. Elles se sentaient incapables de nommer leur expérience par des mots : « Je ne peux pas exprimer ça à personne, parce que je ne sais pas comment l'exprimer. Puis, de toute façon, même si j'avais eu des mots pour être capable de le dire... » (Jeanne) et « J'ai eu une expérience difficile à expliquer » (Joëlle). On a pu constater que cette perte de langage pouvait rejoindre les membres de l'entourage comme le conjoint de Jeanne, qui reste silencieux après l'événement alors qu'avant, le couple avait eu de chaudes discussions pour réaliser le projet commun d'avoir un enfant. Après l'événement traumatisant, la communication entre Jeanne et son conjoint s'établit par les regards et les ressentis :

« Il savait très bien à quel point ça pouvait être difficile pour moi, mais, d'un autre côté, je le sentais complètement désemparé... d'être capable de trouver des mots pour me reconforter... de trouver des mots pour... [...] On se parlait très peu. Mais, dans ses yeux, je voyais qu'il était désemparé, et dans mes yeux, il voyait que j'étais complètement... plus la même personne

qu'il avait connue, c'était... puis, il ne savait pas comment prendre la nouvelle ». (Jeanne)

De ces répercussions négatives émergent, entre autres, un niveau de stress élevé, le fait d'être constamment aux aguets dans ses liens avec les autres, de confondre d'autres personnes avec l'agresseur, de ne pas pouvoir se confier aux autres et de se sentir menacé et en danger avec les autres. La menace et le danger seront perçus à plus long terme par Marie et Joëlle auprès des hommes et des étrangers.

5.1.3 Les émotions contraignantes

Nous retrouvons (Tableau 2) les émotions représentant les répercussions négatives qui, selon Maltais *et al.* (2001a), Fischer (2003) et Roisin (2003), sont la peur, la honte, la culpabilité, la haine et la vengeance.

Avant de se pencher sur les émotions nommées, rappelons le fondement même constituant le lien social. Ce fondement affirme que toute société qui se respecte a une loi fondamentale d'humanisation qui maintient plusieurs interdits de formes de violence comme le meurtre, le cannibalisme et l'inceste. Sans ces interdits, le lien social supposant une alliance est impossible (Le Bot, 2002; Roisin, 2003). Ainsi, trois personnes sur cinq ont eu des liens avec la personne qui les a agressées avant l'événement : il s'agit de Joëlle, qui était en lien avec son colocataire sur une base quotidienne, de Marie, qui vivait avec son conjoint et de Pauline, qui offrait déjà des soins au patient qui l'a agressée. Quant à Jeanne, il est possible de dire qu'elle n'avait jamais eu de lien préalable avec le patient qui l'a agressée, mais que son lieu de travail (hôpital) pouvait prédisposer qu'une alliance était possible avec le nouveau patient alors que Jacinthe a été agressée par une personne avec qui elle n'avait pas établi de lien social avant l'événement. Aucune d'entre elles ne pouvait soupçonner qu'une forme de violence était possible. La certitude de l'interdiction de meurtre, de cannibalisme et d'inceste (agression sexuelle) pouvait être assurée pour quatre personnes sur cinq, car comment pourrions-nous, en tant qu'être humain, établir un lien social si nous avions la certitude que notre vie était menacée ou mise en danger ? Notre instinct de survie nous dicterait de fuir pour protéger nos vies. Cela va de soi. Dans tous les cas, que l'agresseur ait été connu ou non, le fondement même du lien social a été transgressé. Durant

l'événement, Jeanne, Pauline et Joëlle ont sérieusement craint pour leur vie, Marie a dit avoir eu peur de mourir et Jacinthe n'a même pas pensé que sa vie pouvait être en danger.

Après l'événement, toutes les personnes rencontrées nous ont parlé de leurs peurs. Cette peur nous est apparue être une des répercussions les plus dommageables. Il y a eu celle de mourir durant l'événement, puis la peur est restée au centre de la vie de chacune à des niveaux différents. C'est surtout la peur que l'agresseur refasse surface pour les agresser de nouveau, mais aussi celle d'être tuée, comme ce fut le cas pour Joëlle. La peur est si intense qu'il est arrivé que Joëlle confonde son fils avec l'agresseur, c'est-à-dire qu'en présence de son fils, c'est l'agresseur qu'elle a vu. La même chose se produit pour Jacinthe quand elle sort de chez elle : tout le monde est perçu comme l'agresseur.

Bien que la peur soit une des répercussions importantes de l'événement, elle est très peu documentée par les auteurs. Ceux à l'étude ont relevé que les conséquences négatives d'un événement traumatique pouvaient être physiques, psychologiques et/ou sociales. Maltais et *al.* (2001a, 2005), Fischer (2003) et Roisin (2003) soutiennent que les effets sont peu connus, tout en relevant des phobies comme symptômes rattachés au diagnostic du stress post-traumatique. D'ailleurs, c'est dans l'outil diagnostique du DSM que la peur est mentionnée comme étant une peur intense ou un sentiment d'horreur (APA, 1996, p. 209-211).

Comme autres émotions ressenties par les personnes traumatisées, Roisin (2003) et Fischer (2003) mentionnent en plus les sentiments de honte et de culpabilité. Fisher décrit plusieurs comportements relatifs à ces sentiments (*voir* cadre théorique), mais retenons ici ceux qui réfèrent plus aux personnes rencontrées, entre autres, la honte et la culpabilité d'avoir vécu un événement traumatisant, de s'en vouloir et de se sur-responsabiliser. Dix ans après l'événement, Jeanne ressent toujours de la culpabilité. Elle se questionne sur comment elle aurait pu intervenir différemment et trouver des moyens pour aider le client qui l'a agressée. Elle ne comprend toujours pas qu'elle n'a posé aucun geste pour défendre sa vie durant l'agression, mais n'est-ce par de la sur-responsabilisation quand elle dit :

« Je me sentais très, très, très coupable. Un, de ne pas avoir su le rassurer comme si je me sentais incompétente dans mon travail d'infirmière à rassurer un client qui est vraiment désespéré et qui veut quitter [...] je me

suis dis : il y a quelque chose que j'aurais dû faire, que je n'ai pas réussi à faire ». (Jeanne)

Les auteurs s'entendent pour dire que ces sentiments conduisent à l'isolement social, comme nous l'avons vu précédemment, car réintégrer la société devient trop difficile. Peut-on se poser la même question pour Pauline, exerçant dans le même contexte de travail, qui est encore à se questionner sur ses propres capacités d'intervention ? Par contre, aucun sentiment de honte n'a été mentionné de part et d'autre.

Roisin (2003) mentionne que la haine et la culpabilité sont une explication de l'attachement à l'agresseur ou, encore, que certaines victimes de viol éprouvent de la compassion pour leur agresseur. Nous nous sommes demandée si cela pouvait rejoindre Jeanne qui est restée présente à son client après l'agression, comme si elle ne pouvait plus s'en détacher : « Je ne voulais pas qu'y soit blessé. [...] j'aurais voulu effacer le sang [...] j'aurais voulu... le libérer pour qui sente comme un apaisement, une diminution de sa tension et de sa souffrance » (*voir citation dans le récit de Jeanne*).

Dans le même genre d'émotions négatives, Lebigot (2002) avait relevé que celui qui s'exclut « en veut un peu à tout le monde » (*voir rupture sociale*), alors que Roisin (2003) rattache au sentiment de honte et de culpabilité une intention de vengeance, une envie de faire payer, une révolte contre le système judiciaire et une désillusion sur le lien social.

Durant les entrevues, il n'a pas été question de haine, ni d'en vouloir aux autres, sauf quand Joëlle contacte son ex-ami, lié à son agresseur, pour lui dire qu'elle a porté plainte à la police et que : « Si ce n'est pas la justice qui va s'en occuper, moi, je vais m'en occuper », et qu'elle ajoute : « J'aurais voulu le tuer, ce n'est pas mêlant » (Joëlle). Même si les mots ne sont pas employés ici, il y a fort à penser que cela concerne la haine et la vengeance. Elle dira aussi : « Ensuite de ça, j'avais des comportements très agressifs envers les hommes » (Joëlle). Que penser de la révolte de Joëlle et des reproches de Jacinthe à l'égard de son mari ? Si la culpabilité porte une intention de vengeance, comme l'entend Roisin (2003), pourrait-il y avoir une explication à la culpabilité ressentie durant tant d'années par Jeanne ? Pourrions-nous expliquer aussi l'impact des collègues de Jeanne face à l'agression du patient : « le patient a été mis sous contraintes pendant deux semaines sans être détaché » ?

Nous nous sommes demandée si derrière une telle mesure, des émotions de colère et de vengeance pouvaient être présentes.

5.1.4 Les difficultés : la perte de confiance et la perte des repères

Les principales difficultés rencontrées ont été la perte de confiance en soi, aux autres et en l'avenir ainsi que la perte des repères (Tableau 2).

Perte de confiance (soi/autres/avenir)

L'histoire passée des personnes rencontrées nous a dévoilé leurs désirs, leur façon d'aborder la vie, leurs principaux intérêts, les pertes qui les ont chavirées ainsi que les changements qu'elles avaient déjà engagés. C'est à travers la connaissance de leurs liens sociaux, avant et après l'événement, que nous avons pu repérer les répercussions négatives de l'événement sur ces liens. Bien sûr, leur estime personnelle et leur identité professionnelle pouvaient être en souffrance, mais il y avait pire selon nous, il y avait une perte dans leurs capacités personnelles (confiance en soi) et interpersonnelles (confiance en l'autre).

Pocreau (2005, p. 221-222) nous rappelle que lors d'un événement traumatisant, l'être est touché en totalité dans son essence, dans sa vie, dans sa culture, dans ses origines, dans son histoire, dans sa confiance en soi, dans son avenir : « ...qu'au-delà de ces symptômes s'exprime à la fois le mal d'identité (continuité de soi) et la rupture du sens à la vie (continuité existentielle) ». Plusieurs auteurs ont relevé cette perte de confiance envers les autres (Barrois, 1988; Beauchemin, 2001; Crocq, 2001; Lebigot, 2002; Fischer, 2003; Roisin, 2003).

Cette perte de confiance en l'autre est-elle reliée au fait que les personnes ont vécu une agression interpersonnelle ? En entrevue, nous avons posé la question suivante : « Pensez-vous que le fait d'avoir été agressé par une personne a eu un impact sur vos relations après l'événement ? Quelles sont ces répercussions ? Toutes ont répondu par l'affirmative, en précisant les liens principalement touchés. Pour Jeanne et Pauline, ce furent les liens avec la clientèle; pour Marie et Joëlle, les liens avec les hommes et les étrangers; alors que pour Jacinthe, c'est la perte du lien de confiance avec son conjoint. Pour Jacinthe, depuis

l'événement, hantée par la peur, la vie en société n'est plus la même. Le lieu du travail devient sa seule source de rencontres et d'alliances. Cette perte de confiance chez Jacinthe nous est apparue comme la pointe de l'iceberg qui rend invisible une perte de confiance envers le genre humain en général ainsi qu'en ses propres moyens à pouvoir s'en sortir. De plus, la perte de confiance en son avenir, comme l'entend Pocreau (2005), paraissait la rejoindre. Pour Marie, la perte de confiance envers les hommes se traduit par la peur du contrôle que l'autre peut exercer sur soi, comme ce fut le cas avec son ex-conjoint qui la privait de toute alliance externe. Nous comprenons mieux cette façon tranchante qu'elle a de s'affirmer, comme si elle devait engager une bataille pour contrer tous les contrôles possibles, réels ou imaginaires.

La perte des repères

Comme autres répercussions négatives sur les liens sociaux, nous nous référons à Figley (1985, 1986), Fischer (2003), Maltais et *al.* (2005) et Ion (2006) qui ont mentionné un changement des points de repères et des habitudes de vie après un traumatisme. Jacinthe dit s'accrocher aux appels téléphoniques de sa sœur (en France) pour retrouver ses repères. Jeanne et Pauline ont aussi parlé de la perte de leurs repères après l'événement traumatisant. Pour Jeanne, nous avons vu que cette perte de repères a été reliée aux valeurs transmises par ses parents et sa formation professionnelle, mais aussi fortement associée à la perte de ses cheveux, reliée à une perte d'identité :

« J'avais des grands cheveux longs. J'étais châtaine blonde, j'avais des mèches et tout le monde me disait que j'avais de beaux cheveux. Ma tête, c'était déjà ben important... c'est comme... ce qu'on présente en premier... puis... fais qu'en les perdant, je perdais encore plus mes repères. Je perdais encore plus mon identité en tant que personne ». (Jeanne)

Pour Pauline, l'événement traumatisant vient réactiver les pertes antérieures. En cours de thérapie, elle réalisera avoir perdu toutes les personnes qui lui étaient chères durant les quatre années précédant l'événement. Pauline est habitée par une profonde solitude depuis la perte des êtres chers (amis, grand-mère, mère, conjoint), mais aussi par la perte des repères qui l'aidaient à construire : «...tous mes confidents étaient décédés [...] j'avais pu les personnes pour m'aider à mettre mes repères en place » (Pauline). Elle perdait la complicité,

le partage, les confidences ainsi que les judicieux conseils et encouragements de sa grand-mère, comme elle nous l'a raconté durant l'entrevue :

« Elle disait souvent que j'étais sa divine. ...on allait faire une ballade en auto [...] on allait manger au restaurant; puis, elle me parlait de son vécu et je lui parlais du mien. [...] Grand-maman a souvent été ma confidente, surtout mes premières années d'infirmière [...] elle me conseillait toujours par rapport à ça ». (Pauline)

Cette complicité, ce partage, ces confidences et ces conseils ainsi que les encouragements que Pauline recevait des membres de son entourage rejoignent les cinq dimensions de soutien que Figley (1986, p. 157) associe au bien-être psychologique des victimes d'un désastre, c'est-à-dire « le soutien émotionnel, l'encouragement, l'avis, la camaraderie et l'aide tangible ». La souffrance de Pauline s'entend dans ses propos : « ...j'aurais mis fin à mes jours si ça avait duré, ça avait duré des années de temps, j'étais pas capable. J'étais ben trop souffrante » (Pauline). Pauline est la seule personne à parler de l'idée du suicide, tout en prenant bien soin de nous aviser que ce problème avait été réglé au décès de son conjoint; donc, avant l'événement traumatisant. Cela ramène à Pocreau (2005), qui travaille auprès de différents groupes ethniques, quand il soulève le besoin des personnes de se réinscrire dans la nouvelle société et de restaurer leur capacité relationnelle. Nous considérons que cette perte d'êtres chers pouvait rendre les personnes semblables à des immigrés, car de nouveaux liens sociaux sont à reconstruire, tout comme pour celui quittant son pays.

5.2 Les répercussions positives sur les liens sociaux

Nous présentons maintenant les répercussions positives sur les liens sociaux à l'aide de la dimension de retour à soi (la solitude) ainsi que des capacités de rebondissement (la résilience), telles que décrites par Lecomte (1999), Cyrulnik (1999, 2001), Delage (2001) et Fischer (2003). Nous pourrions constater comment les personnes traumatisées ont reconstruit leurs liens sociaux (Tableau 3).

5.2.1 Le retour à soi

Selon Hirigoyen (2007), la solitude est la capacité de pouvoir rester seul avec soi-même afin d'être plus profondément en contact avec ses sentiments et de s'épanouir dans une imagination créatrice. L'auteur reconnaît, dans la solitude, un lieu de ressourcement et de reconstruction de soi après la perte.

Toutes les personnes rencontrées ont abordé le sujet de la solitude durant l'entrevue, mais ne l'ont pas toutes vécue de façon positive. Nous avons pu remarquer que chez deux personnes, la solitude vécue immédiatement après l'événement pouvait prendre une forme différente plus le temps les éloignait de cet événement. Ainsi, la solitude s'est polarisée, passant d'un pôle négatif à un pôle positif. Par exemple, de la solitude « robotisée » de Jeanne, en état de choc après l'événement, nous verrons apparaître, ultérieurement, des moments de solitude, où la contemplation de la nature favorise le ressourcement. De la « profonde solitude » de Pauline, reliée aux pertes des siens, vont se dégager des instants solitaires de méditation et d'activités ludiques où elle dit : « Je joue maintenant, ce que je ne faisais pas avant, alors y'a des jeux que j'ai achetés sur informatique et je vais faire des séances de jeux. Je ne faisais pas ça avant » (Pauline). Jeanne et Pauline vont qualifier leurs moments de solitude, de détente, de plaisir et elles diront s'y ressourcer.

5.2.2 Les capacités de rebondissement

De l'abondante littérature sur la résilience, nous avons considéré quelques auteurs dont Lecomte (1999), Cyrulnik (1991, 2001), Delage (2001) et Fischer (2003). Rappelons que la résilience est un mécanisme d'adaptation et de survie permettant à une personne de rebondir, donc de s'en sortir, même après un événement extrême où elle fut confrontée à la mort (Cyrulnik, 1991, 2001; Delage, 2001; Fischer, 2003). Lecomte (1999), Lefebvre (2000), Pollack (2000), Fischer (2003) et Roisin (2003) s'entendent pour reconnaître que les personnes traumatisées possèdent des ressources (parfois étonnantes) qui leur permettent de surmonter des épreuves difficilement surmontables.

Lecomte (1999), Cyrulnik (1991, 2001), Delage (2001) et Fischer (2003), qui se sont penchés sur la résilience, ont reconnu chez les personnes résilientes une capacité d'utiliser

des stratégies personnelles et des qualités relatives au caractère et au tempérament. Considérablement ébranlées par l'événement vécu, avons-nous retrouvé cette force de caractère et cette détermination à affronter l'événement chez les personnes que nous avons interviewées ?

En référence au cadre théorique de cette recherche, nous avons rassemblé un certain nombre de dimensions de la résilience à partir des écrits des auteurs à l'étude (Tableau 3). Voici le résultat obtenu par cet exercice, dont les attitudes principales peuvent être : 1) la capacité de reconnaître son propre potentiel avec ses forces, ses croyances, ses attitudes, ses valeurs; 2) la capacité de donner un sens à la vie, de se fixer des objectifs et de les atteindre; 3) la capacité d'analyser la situation et de pouvoir prendre une distance avec la souffrance; 4) la capacité de faire des efforts pour s'adapter et de poser des actions permettant de préserver son intégrité personnelle et de développer des habiletés, tant sociales qu'interpersonnelles; 5) la capacité de se reconstruire.

À l'aide de ce contenu abrégé, nous allons faire ressortir certaines caractéristiques des répercussions positives de l'événement traumatisant sur les liens sociaux se rattachant aux ressources internes des personnes. Plusieurs de ces attitudes ont été observées chez les personnes que nous avons interviewées. Reprenons-les, dans l'ordre.

- 1) La capacité de reconnaître son propre potentiel avec ses forces, ses croyances, ses attitudes, ses valeurs :

Joëlle se décrit comme « une femme combative qui ne se laisse pas piler sur les pieds ». Cette force se reconnaît aussi quand elle est capable de dire, malgré l'événement : « J'étais une très bonne infirmière, je le suis encore ». Jeanne a remis en question les valeurs transmises par ses parents et sa formation professionnelle auprès de la clientèle qu'elle dessert. Marie s'affirme plus qu'avant avec les résidentes du centre d'hébergement (liens avec le groupe). Pour Pauline, les liens avec la clientèle la rendent vulnérable et elle appréhende ses interventions dans les situations de crises éventuelles, bien qu'elle reconnaisse ses capacités d'intervenante.

2) La capacité de donner un sens à sa vie, de se fixer des objectifs et de les atteindre :

Joëlle s'est fixé deux objectifs : reprendre sa profession et empêcher l'agresseur de récidiver. Cela suppose des liens avec les représentants du système judiciaire. Dans la reprise de sa carrière, elle envisage les liens avec la clientèle quand elle exprime son besoin de prendre soin de la souffrance des autres. Cette recherche ne nous permettra pas de savoir si ces objectifs seront atteints.

Le projet de Jeanne était de retourner au travail et de gagner sur l'événement. Pour cela, elle a repris ses liens avec ses collègues et avec la clientèle. Elle a atteint ses objectifs : « J'ai gagné sur l'événement ». Jeanne s'est concentrée sur ce qui donnait du sens à sa vie personnelle, c'est-à-dire : qu'elle priorise les liens avec sa famille immédiate (conjoint et fils) et ceux avec sa famille (parents, frères et sœurs). Au travail, elle a changé de département sur les conseils de son père (lien familial).

Marie et Pauline ont comme objectif commun de participer à des groupes pour créer des alliances avec les autres. Au moment où nous rencontrons Jacinthe, son principal objectif était de retrouver l'espoir par la visite de sa sœur, afin qu'elle puisse l'aider à traverser ses peurs et pouvoir se sortir des répercussions négatives laissées par l'événement traumatisant :

« Maintenant, je me dis quand ma sœur va venir, je vais essayer de travailler cette chose avec elle... peut-être que je vais m'oublier un petit peu et que je vais sortir avec elle et ne pas trop faire attention parce que je vais me sentir vraiment en sécurité avec elle. ...je me dis : ça va me rassurer. [...] Alors avec ma sœur, je me dis : peut-être que je vais... peut-être qu'elle va me donner de l'espoir... ». (Jacinthe)

3) La capacité d'analyser la situation et de pouvoir prendre une distance avec la souffrance :

À elle seule, cette question pourrait être le sujet d'une étude de l'ampleur de cette recherche. Delage (2001) reconnaît l'importance de la mise en récit de l'expérience éprouvée. Nous voyons, dans le récit des expériences traumatisantes racontées par les personnes durant les entrevues, cette capacité de la mise en récit et aussi de prendre une assez bonne distance permettant le recul nécessaire sur leurs souffrances pour pouvoir en

donner le récit. En ce sens, Joëlle nous a confié qu'elle n'aurait pas accepté de participer à une entrevue deux ans auparavant, expliquant qu'elle était trop souffrante. Cela laisse entendre qu'une certaine distance lui a été nécessaire pour raconter le récit de l'événement qu'elle a vécu et de pouvoir exercer une certaine distance sur les émotions relatives aux souffrances ressenties depuis l'événement. Nous pouvons l'observer, en cours d'entrevue, quand elle raconte la détresse qu'elle ressentait au moment où elle souhaitait la mort de son agresseur. Elle présente suffisamment de distance face à sa souffrance pour pouvoir dire : « Je ne l'aurais pas tué. Je disais ça, mais c'était en détresse de vouloir l'arrêter de faire ça, mais je n'aurais pas été capable de le faire » (Joëlle).

Il est possible de réaliser le même constat dans le processus de réintégration au travail de Jeanne, quand elle s'est présentée sur les lieux du travail avec une pizza, afin de retourner pour établir un lien avec ses collègues et la clientèle. Par ces propos : « C'était un événement isolé et je ne laisserai pas cet événement-là, isolé, détruire... ce que j'avais mis des années à bâtir, en termes de confiance professionnelle... confiance intérieure... confiance... ». Nous pouvons constater à la fois une capacité d'analyser l'événement et de pouvoir prendre une distance avec la souffrance vécue. Nous pouvons également le percevoir quand Jeanne dit ne plus être « naïve » comme avant et qu'elle ajoute : « Un client maintenant, c'est quelqu'un de qui je dois TOUJOURS me méfier », alors que Pauline établit des limites dans ses façons de prendre soin : « ... je peux t'aider... Mais si à un moment donné, je trouve que c'est trop... je m'en vais. [...] C'est à toi de trouver en toi les forces pour t'en sortir... ». Les liens avec la clientèle sont ainsi mis à distance et la possibilité de souffrance est atténuée. Il est possible de se rendre compte d'une certaine distance avec l'événement quand Pauline décrit les premières réactions de son père quand il dit : « Ce n'est pas grave, t'as été agressée déjà dans le passé, ce n'est pas plus grave que ça » (Pauline) « Papa comprenait pas », dira-t-elle.

- 4) La capacité de faire des efforts pour s'adapter et de poser des actions permettant de préserver son intégrité personnelle et de développer des habiletés, tant sociales qu'interpersonnelles :

Les efforts pour s'adapter se voient dans ceux que Jacinthe tente au sein de son couple pour s'en sortir, même si son conjoint ne les reconnaît pas : « Je vais faire un effort, je

monte à l'arrière de la voiture, je vais me coucher. [...] c'est déjà pas mal que j'arrive à sortir de la maison, aller chercher un morceau de pain, aller payer les factures. Donc, c'est déjà pas mal ». Sans oublier qu'elle se rend au travail tous les jours (liens avec collègues).

Se protéger est la principale action posée par les personnes rencontrées pour préserver leur intégrité personnelle. En fait, les liens avec les personnes à la source des souffrances vécues sont tout simplement évités ou réajustés. Par exemple, Joëlle et Marie évitent les liens avec les hommes et les étrangers, alors que Jeanne et Pauline réajustent leurs liens avec la clientèle. Pour se protéger de l'agresseur, Joëlle et Marie ont trouvé un centre d'hébergement pouvant assurer leur sécurité.

Les habiletés interpersonnelles relevées dans les entrevues sont la capacité à demander de l'aide auprès d'intervenants ou de professionnels de la santé, celle de trouver des ressources pouvant assurer une certaine sécurité, de pouvoir créer de nouvelles alliances ou de se concentrer sur les plus significatives.

Quatre personnes sont allées chercher de l'aide auprès d'un intervenant pouvant répondre à leurs besoins. Joëlle et Marie ont intégré un centre d'hébergement à plus long terme. De plus, elles vont créer de nouveaux liens amicaux avec des personnes près de ce centre, c'est-à-dire des femmes hébergées ou des ex-hébergées et avec des personnes offrant des services aux résidentes de la ressource. En plus de ces liens d'amitié, Marie s'investit avec son intervenante et auprès du groupe de théâtre avec des personnes déficientes intellectuelles. Joëlle s'implique auprès de certains membres d'un groupe d'itinérants. En plus, il est possible de constater qu'elle rétablit le lien avec sa sœur, malgré ses déceptions et les défauts qu'elle attribue à la relation sororale. Quant à Pauline, il a été important de reprendre les liens avec ses voisins : « Je me suis rapprochée de mes voisins, parce qu'on forme vraiment une petite communauté... On a fait des activités sur une base beaucoup plus régulière ». Les habiletés interpersonnelles de Pauline et de Marie se constatent quand elles établissent des limites avec les autres : leurs amis et leurs voisins. Jacinthe maintient le lien avec sa sœur par téléphone pour garder ses repères.

Les habiletés sociales observées sont reliées au travail, à la famille, aux études et à la vie en groupe. Ainsi, nous pouvons noter que Jeanne et Jacinthe ont repris leur travail,

Jeanne priorise les liens familiaux, Pauline se prépare à reprendre le travail, Marie et Joëlle vivent en centre d'hébergement et en plus, Joëlle se prépare à reprendre sa carrière en retournant aux études.

5) La capacité de se reconstruire

Que veut dire se reconstruire ? Cela veut-il dire que l'événement traumatique ainsi que les séquelles qu'il a laissées disparaissent. Pour les personnes rencontrées, le terme utilisé a été de « s'en sortir ». D'abord, elles ont exprimé ces mots : « moi d'abord » (Joëlle), « me donner la première place » (Jeanne) et « penser à moi en premier » (Marie et Pauline) pour signifier leur capacité à s'accorder une place prioritaire dans leur vie et pour en finir, une fois pour toutes, avec ce « don de soi », tel que décrit par Langlois (1994). Ce « don de soi » laisse sous-entendre qu'on s'occupe des autres plus que nécessaire et plus que de soi-même. C'est avec leur capacité de pouvoir dire non et de pouvoir s'affirmer dans ce qui leur convient et dans ce qui les dérange qu'elles se sont accordé la première place. Pour Jeanne et Pauline, c'est aussi le filet de sécurité que les membres de leur entourage finiront par leur offrir ainsi qu'un sentiment de confiance personnelle dans leurs capacités relationnelles qui les amèneront progressivement à se reconstruire.

Se reconstruire à l'intérieur de soi d'abord, puis ensuite avec les autres. Chacune a pu reprendre contact avec les autres dans un territoire relationnel beaucoup mieux défini et délimité. Ainsi, Joëlle choisit maintenant ses amis pour leurs contributions. Jeanne restreint ses liens sociaux à son fils, son conjoint et sa famille. Pour Marie et Pauline, leur affirmation décisive marque leur besoin de prendre leur place avec les autres. Quant à Jacinthe, « c'est comme le jeu de Monopoly : Allez! Case départ. À la case départ, bon, l'événement il est passé, mais moi, mon état il est là, je n'avance pas ». Comme son conjoint ne l'aide pas vraiment, l'espoir est fondé sur « quand ma sœur va venir » (Jacinthe).

En tant que chercheure, nous croyons, tout comme Lecomte (1999), que les personnes s'en sortent pour elles-mêmes, pour les personnes qu'elles estiment ou, encore, pour réaliser un projet. Pauline paraît s'en sortir pour elle-même, Jeanne a dit s'en être sortie pour son fils, Jacinthe s'en sortira-t-elle pour sa sœur ? Comment Joëlle s'en sortira-t-elle ? Est-ce que l'aide qu'elle souhaite apporter aux personnes souffrantes y sera pour quelque chose ?

Quant à Marie, nous pourrions penser qu'elle s'en sort pour elle-même, mais aucune donnée ne permet de le certifier clairement.

Bien que l'être humain regorge de ressources intérieures (Lecomte, 1999; Lefebvre, 2000; Pollack, 2000; Fischer, 2003; Roisin, 2003) et que, de pair avec les liens qui l'entourent, il possède la capacité de se reconstruire et de transformer une tragédie en victoire (De Montigny, 1998), nous en sommes encore à nous demander ce qu'il advient de ceux qui n'y arrivent pas ? Qu'arrive-t-il à ceux dont l'aboutissement d'un événement traumatisant en reste aux répercussions négatives ? Quand devient-il impossible de raconter le récit ?

5.2.3 La reconstruction des liens sociaux

À ce moment, il est important de revenir au facteur temps. Dans un premier temps, nous avons pu constater que les personnes se sont repliées sur elle-même. Dans un deuxième temps, elles reprennent leurs liens avec les autres ou en créent de nouveaux. Plusieurs auteurs viennent éclairer ce propos par la participation aux échanges sociaux ainsi que l'apport que peuvent procurer certains liens sociaux. Nous pouvons relever comment certaines des personnes ont repris confiance aux autres pour reconstruire leurs liens sociaux.

La possibilité d'accéder à des liens de qualité apporte de la stabilité, de la fiabilité, de la sécurité, de la collaboration et du soutien (Cyrulnik, 1999, 2001; Lecomte, 1999; Delage, 2001; Fischer, 2003). Plusieurs auteurs ont soulevé l'importance et les bienfaits d'être en lien avec les autres. Ceux rapportés sont, entre autres, de pouvoir évoluer, de ressentir un état de bien-être et un sentiment de protection (Figley, 1985; Crocq, 2001; Lebigot, 2002; Fischer, 2003; Maltais *et al.*, 2005). Caron et Guay (2005) et Maltais *et al.* (2005) s'entendent pour dire que le support social permet de contrer l'isolement et que le rôle d'assumer ces fonctions revient aux membres de l'entourage, surtout quand il y a un événement traumatisant. Figley (1985) délimite les membres de l'entourage à la famille, aux amis et aux groupes de survivants. Ceux-ci contribuent à recréer la membrane protectrice de l'appareil psychique. Ce qui permettra à la personne de surmonter le traumatisme et de la protéger contre toute menace ou ce qui pourrait créer un autre trauma. Ces auteurs ajoutent un nouvel éclairage sur notre questionnement par rapport à l'isolement des personnes.

Précédemment, nous avons vu que les toutes personnes interviewées se sont retrouvées seules à un moment ou l'autre après l'événement.

Ainsi, tout de suite après l'événement, quatre des personnes interrogées ont tenté d'être en lien soit avec un membre de la famille, un intervenant, un collègue ou des voisins. Pour la plupart d'entre elles, ces tentatives de liaison furent stériles, sauf pour Jacinthe. Avant d'aller chez elle, Jacinthe s'est présentée chez ses voisins qui l'ont aidée dans toutes les démarches reliées à un vol impliquant une agression physique (policiers, hôpital). Nous pouvons relever que la contribution de ce voisinage a permis d'assurer une certaine sécurité à la personne agressée et à baisser un certain niveau de stress, toujours dans le sens entendu par Figley (1985), Crocq (2001), Lebigot (2002), Fischer (2003) et Maltais *et al.* (2005), c'est-à-dire quand les liens sociaux procurent une protection personnelle et sociale, ils favorisent une meilleure gestion du stress. Nous pensons qu'il en est de même pour Jeanne, dont le milieu de travail a pris en charge le contact avec le conjoint; ce qui lui a permis de se retrouver rapidement dans le lieu sûr de sa résidence. Il est possible de dire que ce milieu de travail a supporté, encadré et protégé la personne violentée par un client en la mettant en lien avec la personne pouvant le plus la sécuriser et la protéger, dans ce cas-ci, le conjoint. Nous savons peu de choses pour Marie qui s'est réfugiée chez son père, mais on suppose qu'elle s'y est sentie protégée et suffisamment en sécurité pour s'y cacher un certain temps. Pour Marie et Joëlle, la recherche de liens basés sur l'écoute et la compréhension auprès d'intervenants et de membres de la famille n'a pas abouti. Cela a pris un certain temps avant qu'une liaison soit possible. C'est seulement à long terme, quand elles ont pu se sentir protégées et en sécurité dans des centres d'hébergement offrant plus de stabilité, qu'elles ont pu établir des liens avec les intervenants et aussi des liens d'amitié.

Nous le voyons, l'être humain a besoin de s'allier aux autres pour des motifs de protection et de sécurité pour affronter le stress de la vie mais aussi pour éprouver un certain bien-être.

Voyons maintenant comment ces liens ont conduit à une progression et au partage. Chez Jeanne, on a pu constater comment, avec l'aide de ses collègues de travail, elle a évolué et comment le partage de tâches l'a aidée à réintégrer son travail. D'abord, on lui a donné une tâche lui évitant d'être en lien avec les clients potentiellement agressifs, puis on

lui a offert un contexte lui permettant d'éviter le client qui l'avait agressé et quelqu'un l'a accompagné à son auto à sa sortie du travail, jusqu'à ce qu'elle se sente sécurisée de le faire par elle-même : « Ça, ça été très aidant... très, très aidant. C'est pas des gros gestes, han. Mais, ce geste-là a été... il m'a permis de gagner sur l'événement, il m'a permis de faire la paix avec moi-même » (Jeanne).

Quand Maltais *et al.* (2005) soulèvent le fait que certaines recherches ont démontré qu'un niveau d'intimité plus élevé et davantage de soutien social de la part des amis ont créé plus de stress, d'anxiété et de dépression, particulièrement chez des femmes, en contexte de guerre, parce qu'elles recevaient moins de soutien social, nous nous sommes demandée si cela pouvait expliquer que Jeanne ait évité tout contact avec sa meilleure amie ?

Pour Joëlle, l'échange avec des itinérants lui a permis de partager les souffrances éprouvées et de progresser, comme le décrit Roisin (2003). Selon lui, Joëlle serait en déliaison sociale au moment où elle se referme avec le groupe d'itinérants. L'auteur considère que les groupes de parole des femmes, toutes victimes d'agression sexuelle, sont clos et fermés aux autres membres de la société. Les participantes sont des personnes qui s'identifient entre elles, vu leurs expériences similaires. Elles restent avec leurs semblables et ont tendance à rejeter les autres types de liens, car elles croient que les autres ne peuvent pas comprendre ce que les victimes ont vécu, ne l'ayant pas vécu eux-mêmes. Pour Roisin, il est nécessaire de sortir de ces groupes pour s'ouvrir aux autres membres de la société; c'est ce qu'il appelle la liaison sociale. Nous pouvons observer cette liaison sociale quand Joëlle maintient le lien sororal, malgré l'incompréhension de sa sœur face à l'agression qu'elle a subie (Joëlle). Pour Marie, cette liaison sociale se transmet par le refus de s'allier aux femmes du centre d'hébergement qui se plaignent et s'apitoient sur son sort, donc victimes de leur sort (déliaison sociale). Elle affirme sa liaison sociale : « Même si j'ai 50 ans, mais toi tu chiales, pis tu te plains encore, mais moi je chiale pas, pis je ne me plains pas. J'm'occupe de mes affaires, pis, je vais le faire pis, je vais réussir » (Marie). Comme le fait remarquer Roisin (2003), la recherche d'être en lien peut aussi s'observer quand Marie et Pauline s'impliquent dans des groupes d'activités et de loisirs leur permettant de connaître de nouvelles personnes à travers des activités qui ne sont pas concentrées sur les dynamiques de personnes victimes d'un traumatisme. Bien qu'il n'y ait eu aucun groupe de thérapie ou de parole, les liens avec les groupes d'activités ont fourni du « plaisir » et du

« ressourcement » pour Pauline alors que pour Marie, il s'est agi de créer des liens avec des personnes différentes. Ainsi, il est possible de se rendre compte que les groupes (ou la vie en groupe) sont perçus comme un moyen de soutien pouvant aider à sortir de l'isolement social pour réintégrer la communauté (Roisin, 2003).

Dans le même sens que les groupes procurent du soutien après un événement traumatisant, plusieurs auteurs ont noté que lorsque les liens de l'entourage sont peu supportant, l'adaptation sociale peut requérir une aide thérapeutique (individuelle ou de groupe). Cette aide apportera le soutien nécessaire à l'adaptation sociale (Figley, 1986; Rivière, 1998; Crocq, 2001; De Clercq, 2001; Lebigot, 2002; Fischer, 2003; Roisin, 2003; Campeau et al. 2004; Ion, 2005).

Les cinq personnes rencontrées ont eu recours à l'aide professionnelle. Pour la majorité cela a fonctionné, sauf pour Jacinthe. L'intervention de professionnels est-elle nécessaire ? D'une certaine façon, nous dirions que oui, car les membres de la famille et les proches sont souvent dépassés par les événements et ils ignorent quelle attitude prendre avec les personnes. D'un autre côté, nous pourrions dire que non, car les proches pourraient suffire à aider la personne à se rétablir. Des cinq personnes rencontrées, l'intervention individuelle ou celle-ci combinée à des activités de groupe a facilité leur retour à une vie en société. Toutefois, il est à noter que les groupes de thérapie n'ont pas été utilisés comme ressources d'aide.

Jeanne, Joëlle et Pauline ont soulevé l'importance d'être « prise en charge ». Cela leur a procuré un sentiment de sécurité. D'être entendues et comprises a soulagé leurs souffrances. Jeanne dira de cette prise en charge : « J'ai été entourée, accompagnée, tout le long... le plus important... c'est d'avoir été cru dans ma douleur, dans ma souffrance... quand on le ressent, quand on le vit vraiment, c'est vraiment la partie la plus importante » (Jeanne). L'intervenant qui suit Joëlle est supportant et encourage les démarches judiciaires, en plus d'avoir éveillé en elle un sentiment de confiance :

« Ne retirez pas votre plainte. [...] C'est le premier médecin qui, tout de suite, m'a pris en charge. Il m'a tout de suite aidé. Il m'a dit : ...ça vous prendrait une thérapie... Je sens qu'il est bon. Il m'écoute. Il est patient, puis, il est bon. [...] Je sentais qu'il voulait que j'aille mieux, il voulait que j'aille bien. Je sentais un intérêt réel, alors je me suis sentie bien ». (Joëlle)

Marie, même si elle n'a pas mentionné l'importance de la prise en charge, elle a parlé de la présence de son intervenante quand elle avait besoin de parler ou de clarifier une situation : « Je parle beaucoup à mon intervenante. Quand j'ai quelque chose qui me travaille ou quelqu'un me... ben, je lui en parle tout de suite ». Ce lien avec l'intervenante lui permet aussi d'affronter ses peurs : « Je fonce, je me déplace, même si j'ai des troubles d'agoraphobie, je sors pareil. ...je vais au métro ». De plus, cette intervenante communautaire la guide dans ses nouveaux liens avec les personnes déficientes du groupe de théâtre.

Considérant que le nombre de personnes interviewées ne peut pas être représentatif de l'ensemble des personnes ayant vécu un événement traumatisant, nous croyons que le cadre théorique a permis d'explorer différentes facettes des répercussions sur leurs liens sociaux en apportant des réponses variées et des différents points de vue. L'étude de ces répercussions pourrait enrichir nos connaissances et élargir nos modes d'intervention. D'autres recherches pourraient les approfondir et élargir les connaissances sur les liens sociaux des personnes ayant vécu un événement traumatisant interpersonnel.

CONCLUSION

Cette recherche, portant sur les répercussions d'un événement traumatisant sur les liens sociaux, nous a permis de répondre à nos objectifs de départ. Nous avons pu développer une réflexion sur le traumatisme, dépassant la lecture diagnostique utilisée en psychiatrie. De plus, des pistes de réflexion, pouvant aider les personnes ayant vécu un événement traumatisant dans leurs liens avec les autres, ont été élaborées. Il était très important de demeurer ouverte, mais en évitant tout type de classification.

L'histoire des personnes traumatisées a été recueillie sur deux périodes de deux temps : le premier, immédiatement après l'événement et s'étendant sur quelques mois, et le deuxième, allant au-delà de ces quelques mois. Dans le premier temps, nous avons observé que les répercussions de l'événement traumatisant sur les liens sociaux étaient plutôt négatives. Nous avons été à même de constater que les personnes pouvaient s'isoler socialement, parce qu'elles étaient apeurées et avaient perdu confiance en les autres. De plus, l'entourage s'est montré tout aussi démuni qu'elles et les services sociaux et de santé consultés se sont avérés des ressources inappropriées. Nous avons remarqué que l'isolement des personnes traumatisées n'était pas seulement dû à des perceptions négatives qu'elles pouvaient entretenir concernant le soutien des personnes les entourant. Cet isolement social était une conséquence de l'incompréhension de l'entourage et des services sociaux et de santé qui ont démontré peu d'habileté à comprendre les personnes traumatisées. Aux prises avec l'image traumatisante de l'agresseur et terrassées par la peur de récidives possibles, les personnes traumatisées ont perdu confiance aux autres et, en leurs propres capacités et en l'avenir. Cette perte de confiance s'avère la répercussion négative la plus importante, qui ait un lien direct avec le fait d'avoir été agressée par une autre personne.

Dans le deuxième temps, il a été possible de constater des changements chez la plupart des personnes. Ces changements pouvaient transformer certaines répercussions, d'abord vécues négativement, en répercussions plus positives. Certaines capacités de

rebondissement, entre autres l'isolement social, ont pu se transformer en une solitude ressourçante. Les personnes ont pu se donner des objectifs de vie, agir de façon à les réaliser et mieux se protéger en réajustant leurs liens avec les autres. Les membres de leur entourage leur ont offert un meilleur soutien. Elles sont allées chercher de l'aide auprès d'intervenants professionnels et certaines se sont intégrées à travers des activités sociales (travail, études, groupes divers : théâtre, sport, méditation), alors que d'autres s'inséraient dans la vie de groupe (centre d'hébergement, groupe d'itinérants). La confiance aux autres a pu en partie être restaurée, car les personnes interviewées ont pu délimiter une distance dans leurs liens avec les autres en précisant leurs besoins.

Nous avons vu qu'après l'événement, les liens sociaux avec les intervenants professionnels et avec diverses formes de groupes se sont ajoutés. Les collègues de travail sont devenus des collaborateurs pour réintégrer le travail, alors qu'une distance s'installait avec plus de précision auprès de la clientèle. Les liens amicaux, pouvant inclure les voisins, étaient davantage triés à partir de valeurs personnelles mieux définies. Certains liens conjugaux sont disparus ou sont devenus fragilisés, alors que les liens familiaux devenaient plus serrés.

Nous avons rencontré cinq personnes, toutes des femmes. Nous aurions souhaité rencontrer quelques hommes, mais il fut assez difficile de trouver des personnes acceptant de témoigner de leur expérience. Il fut impossible d'en rejoindre. Nous pensons qu'une recherche ultérieure pourrait s'intéresser particulièrement à la gente masculine. L'étude de leurs liens avec les autres pourrait, certes, apporter un autre éclairage. Nous pourrions relever les types de liens avec lesquels ils interagissent et faire ressortir des différences; quels sont les membres de l'entourage qui leur procurent le plus de soutien ? Ont-ils accès aux services offerts ? Comment sont-ils reçus et perçus ? À travers l'étude, nous avons vu qu'un des conjoints réagissait négativement à sa femme, ayant lui-même vécu une agression dont il s'était sorti sans aide extérieure. Le comportement masculin est-il différent devant l'agression dans la façon de se ressaisir ? Quand les hommes n'y arrivent pas seul, ont-ils des moyens drastiques de s'en sortir, comme le passage à l'acte ? Il serait intéressant de comprendre certaines différences dans les réactions des hommes et des femmes et de savoir à quoi cela est attribuable. Depuis que nous avons débuté cette recherche, nous avons parlé à

quelques personnes ayant vécu une agression physique et dont les suites n'ont pas été traumatisantes. Là aussi, une étude pourrait illustrer cette réalité.

Notre étude s'est limitée aux récits de personnes traumatisées, à leurs perceptions de l'événement et à ses répercussions sur leurs liens avec les autres. Il aurait été intéressant de connaître le point de vue de l'entourage, qui aurait certainement apporté d'autres réponses. En fait, nous avons été devant le constat que plus nous avançons dans la recherche, plus nous nous rendions compte de l'ampleur du sujet et des pistes de recherche pouvant porter plus loin le questionnement sur le traumatisme et les liens sociaux.

Cette recherche a fait évoluer notre pratique clinique en travail social. Elle a permis d'aller au-delà des critères diagnostiques pour aller vers les personnes. Bien que nous ayons déjà cette tendance avant de nous engager dans cette recherche, celle-ci a cristallisé cette position.

Nous avons remarqué que pour les récits concernant les liens avec les intervenants, l'intervention d'un travailleur social aurait pu être aidante à certains moments des expériences de vie des personnes. Par exemple, quelques entrevues de couple auraient pu aider Jacinthe et son conjoint. Également, lorsque Joëlle a rencontré le médecin à l'urgence de l'hôpital, il aurait été pertinent qu'elle rencontre un travailleur social. De plus, nous croyons que certains centres d'hébergement pourraient profiter des services d'un travailleur social, autant la personne hébergée que les intervenants en place. De façon générale, les membres de l'entourage pourraient aussi recevoir du soutien pour faciliter leurs liens avec la personne traumatisée.

Toujours concernant l'évolution de notre développement clinique, cette démarche de recherche nous rappelle qu'il n'y a pas une seule réponse pour résoudre une situation. Dans ce sens, nous sommes en accord avec Mongeau *et al.* (2007) dans leur propos sur la fonction clinique de l'intervenant :

Le travail clinique fait appel au singulier et au particulier. Il exige de l'intervenant qu'il prenne à chaque fois le temps de poser un regard sur l'unicité de la situation présentée. Il implique de se colleter avec l'imprévu, l'inconnu et l'incertitude. Comme le rappelle Karsz (2004, p. 121), « la clinique suppose de la découverte, de l'invention, de la trouvaille ». En ce

sens, la clinique se situe aux antipodes de tout savoir qui se veut absolu (Mongeau, Asselin et Roy, 2007, p. 188).

Cette description du travail clinique invite à l'ouverture, à la curiosité, à l'intuition et à la créativité, lorsque la réponse de l'un est différente de celle d'un autre. Le côté unique de cette réponse mérite suffisamment d'attention pour que nous, intervenants, prenions le temps de nous y arrêter et de l'entendre, de manière à en saisir tout le sens. Ce qui implique du temps pour la rencontre et de l'écoute.

Pour terminer, nous sommes toujours aussi convaincue qu'au début de cette recherche (*voir* introduction et problématique) que le premier contact avec un intervenant peut jouer un rôle primordial dans le rétablissement des liens ultérieurs de la personne traumatisée avec les autres. Maintenant, nous pensons que ce premier contact est tout aussi important auprès des personnes de l'entourage. Nous sommes tout aussi persuadée que comprendre les répercussions sur les liens sociaux, lors d'un événement traumatisant, est un atout pour tout intervenant exerçant dans un contexte d'urgence ou de crise, qu'il soit travailleur social ou autre. Comme l'a laissé entendre Lefebvre (2000), cette façon de faire, lors d'interventions au sein des institutions (citation précédente), permettrait d'éviter un deuxième trauma, mais nous ajoutons aussi pour toutes les ressources pouvant recevoir les personnes traumatisées.

BIBLIOGRAPHIE

- American Psychiatric Association (APA). 1996. *Mini DSM-IV. Critères diagnostiques*. Paris : Masson, p. 209-213.
- Apfeldorfer, Gérard. 2006. *Les relations durables*. Paris : Odile Jacob, 279 p.
- Barrois, Claude. 1988. *Les névroses traumatiques*. Paris : Éditions Bordas, 244 p.
- Bateson, Gregory. 1984. *La nature et la pensée*. Paris : Flammarion. p. 31 à 61
- Beauchemin, Sylvie. 2001. *Crises de la société et modèles conceptuels classiques et contemporains de la notion de lien social*. Université du Québec à Montréal. Thèse présentée comme exigence partielle du doctorat en sociologie. Vol. 1 et 11. 656 p.
- Bettelheim, Bruno. 1972. *Le cœur conscient*. Paris : Laffont, 385 p.
- _____ 1979. *Survivre*. Paris : Laffont, 502 p.
- Berthoumieux, Claude. 2001. *Agressions : les blessures invisibles. Reprendre pied après le choc*. France : Le souffle d'or. 317 p.
- Blumer, Herbert. 1969. « L'Interactionnisme symbolique ». *Sociologie, textes fondamentaux*. Bruxelles : J.M. De Boeck Université, p. 71 à 76.
- Brillon, Pascale. 2004. *Comment aider les victimes souffrant de stress post-traumatique. Guide à l'intention des thérapeutes*. Québec : Éditions Quebecor, 447 p.
- Brunet, Alain. 1996. « Expositions récurrentes aux événements traumatiques: inoculation ou vulnérabilité croissante ? ». *Santé Mentale au Québec*, vol. XXI, no. 1, p. 145-162.
- Brunet, Alain et Richard Boyer. 1996. « Prévalence du trouble de stress post-traumatique chez les chauffeurs d'autobus ». *Santé Mentale au Québec*, vol. XXI, no. 1, p. 189-208.

- Campeau, Robert, Michèle Sirois et Élisabeth Rheault. 2004. *Individu et Société. Initiation à la sociologie*. Québec : Gaëtan Morin Éditeur, 519 p.
- Caron, Jean et Stéphane Guay. 2005. « Le soutien social peut-il reprendre sa juste place dans la problématique de la santé mentale ? ». *Revue Santé mentale au Québec : Le soutien social*, vol. XXX, no. 1 (automne), p. 7-13.
- Chauchat, Hélène et Annick Durand-Delvigne. 1999. *De l'identité du sujet au lien social*. Paris : PUF. 298 p.
- Côté, Louis. 1996a. « Les facteurs de vulnérabilité et les enjeux psychodynamiques dans les réactions post-traumatiques ». *Santé Mentale au Québec*, vol. XXI, no. 1, p. 209-227.
- _____. 1996b. « Un champ clinique et théorique en développement ». *Santé Mentale au Québec*, vol. XXI, no. 1, p. 123-127.
- Crocq, Louis. 2000. « Le retour des enfers et son message ». *Revue française Stress et Trauma*, vol. 1, no. 1, p. 5-19.
- _____. 2001. « Le traumatisme psychique dans la pensée psychiatrique francophone ». In *Les traumatismes psychiques*. Sous la direction de M. De Clercq et F. Lebigot. Paris : Éditions Masson, p. 1-9.
- Cyrułnik, Boris. 1999. *Un merveilleux malheur*. Paris : Odile Jacob, 238 p.
- _____. 2001. *Les vilains petits canards*. Paris : Odile Jacob, 280 p.
- Dallaire, Roméo. 2003. *J'ai serré la main du diable. La faillite de l'humanité au Rwanda*. Montréal : Libre Expression. 685 p.
- De Clercq, Michel et François Lebigot. 1997. *Urgences psychiatriques et interventions de crise*. Paris, Bruxelles : Ed. De Boeck et Larcier s.a, 275 p.
- _____. 2001. *Les traumatismes psychiques*. Paris : Masson, 385 p.

- Delage, Michel. 2001. « La résilience : approche d'un nouveau concept ». *Revue française Stress et Trauma*, vol. 1, no. 2, p. 109-116.
- De Montigny, Johanne. 1998. « Événements traumatiques et empreinte de la mort ». *Revue Frontières : Traumatismes*, vol. 10, no. 3, p. 12-16.
- Dorvil, Henri et Robert Mayer (dir.). 2001. « Les approches théoriques ». *Problèmes sociaux. Tome 1 : Théories et méthodologies*. Sillery : PUQ, p. 15 à 27.
- Dumont, Fernand. 1994. « Approche des problèmes sociaux ». Dans *Traité des problèmes sociaux*. Sous la direction de Fernand Dumont, Simon Langlois et Yves Martin. Québec : IQRC, p. 2-22.
- Eliacheff, Caroline et Daniel Soulez Larivière. 2007. *Le temps des victimes*. Paris : Albin Michel, 294 p.
- Fassin, Didier et Richard Rechtman. 2007. *L'empire du traumatisme. Enquête sur la condition de victime*. Paris : Éditions Flammarion, 452 p.
- Fecteau, Danielle. 2002. « Le traitement du stress post-traumatique chez les femmes victimes de viol ». *Revue Intervention de l'OPTSQ : Le travail social et la souffrance sociale*, no. 115, printemps, p. 46-56.
- Figley, Charles R. 1985. *Trauma and its Wake. Volume I: The study and treatment of post-traumatic stress disorder*. New York : Brunner/Mazel, Inc. 457 p.
- _____. 1986. *Trauma and its Wake. Volume II: Traumatic stress Theory, Research, and Intervention*. N : La souffrance en question. New York : Brunner/Mazel, Inc. 336 p.
- Fischer, Gustave-Nicolas. 2003. *Les blessures psychiques : La force de revivre*. Paris : Odile Jacob, 272 p.
- Fortin, Marie-Fabienne. 1996. *Le processus de la recherche*. Québec : Décarie, 379 p.

- Frappier, Paul. 1995. « Vivre l'extrême, creuset de la redéfinition de nos valeurs ». *Revue Frontières : La souffrance en question*. Vol. 8, no. 2, automne. p. 42-45.
- Gagnon, Madeleine. 2000. *Les femmes et la guerre*. Québec : VLB éditeur, 306 p.
- Goffman, Erving. 1968. *Asiles. Études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*. Paris : Éditions de Minuit, 447 p.
- _____. 1988. *L'ordre de l'interaction. Dans Les moments et leurs hommes*. Texte 6. Paris : Y. Winkin Éditions du Seuil, p. 186-205.
- Hanus, Michel. 2002. *La résilience, à quel prix ? Survivre et rebondir*. Paris : Maloine, 239 p.
- Harvey, John H. et Eric D. Miller. 2000. *Loss and Trauma. General and Close Relationship Perspectives*. USA : Philadelphia, Brunner, Routledge.
- Hirigoyen, Marie-France. 2007. *Les nouvelles solitudes*. Paris : La Découverte, 212 p.
- Huot, François. 1994. *Quelques paradigmes d'intervention en travail social*. UQAM, École de travail social, p. 1.
- Ion, Jacques, Frédérique Giuliani, Christian Laval, Pascale Pichon, Jean-Baptiste Pommier et Bertrand Ravon. 2005. *Travail social et « souffrance psychique »*. Paris : Dunod, 208 p.
- Jaccard, Roland. 1975. « L'exil intérieur. Schizoïdie et civilisation ». Paris : PUF, 155 p.
- Langlois, Simon. 1994. « Conclusion et perspectives : fragmentation des problèmes sociaux » Dans *Traité des problèmes sociaux*. Sous la direction de Fernand Dumont, Simon Langlois et Yves Martin. Québec : IQRC. p. 1107-1127.
- Lapierre, Anne. 1997. « Les critères de scientificité des méthodes qualitatives ». *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques*, p. 370.

- Lebigot, François. 2002. « Stress et trauma ». Dans *Catastrophes et état de santé des individus, des intervenants et des communautés*, sous la direction de Danielle Maltais, p. 43-54. Chicoutimi Q Bozzini et Tessier (1985 : 908). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Le Bot, Jean-Michel. 2002. *Aux fondements du « lien social ». Introduction à une sociologie de la personne*. Paris : L'Harmattan. 201 p.
- Lecomte, Jacques. 1999. « La résilience. Résister aux traumatismes ». *Revue de sciences humaines : Enjeux*, p. 12-17.
- Lefebvre, Yvon. 2000. « Désastre, illusion et fonctions tautomères des communautés ». Éditorial dans *Revue Santé mentale au Québec*, vol. XXV, no. 1, p. 7-44.
- Lefebvre, Yvon et Yves Lecomte. 1986. « L'intervention de crise ». *Revue Santé mentale au Québec*, vol. XI, no. 2, p. 122-142.
- Lévy, Ron. 1994. Croyance et doute: une vision pragmatique des méthodes qualitatives. *Ruptures : revue transdisciplinaire en santé*, vol. 1, p. 93-96.
- Luckmann, Thomas et Peter Ludwig Berger. 1966. *The Social Cconstruction of Reality*. New York : Doubleday & Company, 203 p.
- Maltais, Danielle et Marie-Andrée Rheault (dir.). 2005. *L'intervention sociale en cas de catastrophe*. Québec : PUQ, 392 p.
- Maltais, Danielle, Suzie Robichaud et Anne Simard. 2001a. *Désastres et sinistrés*. Québec : Éditions JCL, 405 p.
- _____ 2001b. *Sinistres et intervenants*. Québec : Éditions JCL, 275 p.
- Marchand, André, Stéphane Guay et Valérie Billette. « Soutien social et trouble de stress post-traumatique : théories, pistes de recherche et recommandations cliniques ». *Revue québécoise de psychologie*, vol. 23, no. 3, p. 165-184.

- Marchand, André, Pascale Brillon et Randolph Stephenson. 1996. « Modèles comportementaux et cognitifs du trouble de stress post-traumatique ». *Santé Mentale au Québec*, vol. XXI, no. 1, p.129-144.
- Marchand André, Pascale Brillon, Soledad Lucci et Randolph Stephenson. 1998. « Le trouble de stress post-traumatique ». *Revue Frontières : Traumatismes*, vol. 10, no. 3, p. 36-38.
- Maurin, Louise. 1998. « TRAUMA rencontre symbolique ou réelle avec la mort ». *Revue Frontières : Traumatismes*, vol. 10, no. 3, p. 5-7.
- Mayer, Robert et Marcelle Laforest, M. 1990. « Problème social, le concept et les principales écoles théoriques ». *Service social*, vol. 39, no. 2. Ste-Foy : Université Laval.
- Mayer, Robert, Francine Ouellet, Marie-Christine St-Jacques, Daniel Turcotte et collaborateurs. 2000. *Méthodes de recherche en intervention sociale*. Québec : Gaëtan Morin, 409 p.
- Maxwell, Joseph Alex. 1999. *La modélisation de la recherche qualitative. Une approche interactive*. Traduit de l'anglais par Marc-Henry Soulet. Fribourg, Suisse : Éditions universitaires. p. 66.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. 2005. *Plan d'action en santé mentale 2005-10*. Québec : MSSS, PDF, 98 p.
- Mongeau, Suzanne. 1996. *Regards interdisciplinaires sur l'expérience de mères à la mort subite du nourrisson*. Thèse de doctorat. Université de Montréal, Faculté des études supérieures, Programme de sciences humaines appliquées. 189 p.
- Mongeau, Suzanne, Pierre Asselin et Linda Roy. 2007. « L'intervention clinique avec les familles et les proches en travail social. Pour une prise en compte de la complexité ». *Problèmes sociaux*, tome IV, chapitre 8. Québec : PUQ, p. 187-214.

- Morbois, Catherine et Marie-France Casalis. 2002. *L'aide aux femmes victimes de viol*. Paris : L'Esprit du Temps, 141 p.
- Nathan, Tobie. 2001. *L'influence qui guérit*. Paris : Odile Jacob, 312 p.
- Orcutt, Candace. 1998. « La mort, les traumatismes et les troubles de la personnalité : incapacité de vivre un deuil ». *Revue Frontières : Traumatismes*, vol. 10, no. 3, p. 39-41.
- Orner, Roderick and Ulrich Schnyder. 2003. *Reconstructing Early Intervention After Trauma*. Edition: Orner and Schnyder. UK et New York : Oxford University Press, 287 p.
- Paillé, Pierre. 1996. *De l'analyse qualitative en général et de l'analyse thématique en particulier*. *Revue de l'Association pour la recherche qualitative*, vol. 15, Université de Sherbrooke, p. 179-195.
- Paillé, Pierre et Alex Mucchielli. 2005. *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris : Armand Colin, 211 p.
- Parazelli, Michel, Jacques Hébert, François Huot, Michèle Bourgon, Carol Gélinas, Sylvie Lévesque, Marie Rhéaume et Sylvie Gagnon. 2003. « Les programmes de prévention précoce: fondements théoriques et pièges démocratiques ». *Revue Service Social*, vol. 50, p. 81-121.
- Paris, Joël. 1996, « Traumatisme et trouble de la personnalité limite ». *Santé Mentale au Québec*, vol. XXI, no. 1, p. 177-188.
- Parsonage, W. (1979). *Perspectives on victimology*. Beverly Hills : Sage Publications, Sage Research Progress Series in Criminology; 11.
- Patris, Michel et Jean-Richard Freymann. 2007. *Les cliniques du lien. Nouvelles pathologies ?* Strasbourg : Arcanes èrès, 139 p.

- Peled, Einat et Ronit Leichtentritt. 2002. *The Ethics of Qualitative Social Work Research. In Qualitative Social Work*. London, Thousand Oaks, CA and New Delhi : Sage Publications, vol. 1, no. 2, p. 145-169.
- Pocreau, Jean-Bernard. 2005. « L'ethnopsychiatrie : une pratique clinique du lien et de la médiation ». Sous la direction de Francine Saillant et Éric Gagnon, *Communautés et socialités. Formes et force du lien social dans la modernité tardive*. Montréal : Liber, 288 p.
- Pollak, Michael. 2000. *L'expérience concentrationnaire*. Paris : Ed. Métailié, 342 p.
- Poupart Jean, Jean-Pierre Deslauriers, Jean-Pierre Groulx, Anne Laperrière, Robert Mayer et Alvaro Pires. 1997. *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Boucherville : Gaétan Morin, 405 p.
- Quivy, Raymond et Luc Van Campenhoudt. 1995. *Manuel de recherches en sciences sociales*. Paris : Dunod, 287 p.
- René, Jean-François. 1995. *Pauvreté et intégration de personnes assistées sociales*. Projet de recherche présenté au Conseil québécois de la recherche sociale, p. 2.
- Rivière, Yvon. 1998. « Toute vie doit traverser de nombreuses morts ». *Revue Frontières : Traumatismes*, vol. 10, p. 56-58.
- Rinfret-Raynor, Maryse et Solange Cantin. 1994. *Violence conjugale*. Recherches sur la violence faite aux femmes en milieu conjugal. Québec : Gaétan Morin, 513 p.
- Roisin, Jacques. 2003. « Victimes d'agression sexuelle. Les ressources thérapeutiques des groupes de paroles ». *Revue française Stress et Trauma*, vol. 3, no. 3, p. 163-175.
- Saillant, Francine et Éric Gagnon (dir.). 2005. *Communautés et socialités. Formes et force du lien social dans la modernité tardive*. Montréal : Liber, 288 p.
- Santé mentale au Québec. 2005. *Le soutien social*, vol. XXX, no. 2. Québec : 358 p.

- Scarfone, Dominique. 1996. « Traumatisme, mémoire et fantasme: la réalité psychique ». *Santé mentale au Québec*, vol. XXI, no. 1, p. 163-176.
- Schlenger, William E., Juesta M. Caddell, Lori Ebert, B. Kathleen Jordan, Kathryn M. Rourke, David Wilson, Lisa Thalji, J. Michael Dennis, John A. Fairbank et Richard A. Kulka. 2002. « Psychological reactions to terrorist attacks: findings from the national study of Americans' reactions to September 11 ». *Journal of the American Medical Association*, vol. 288, no. 5, August 7, p. 581-588.
- Séguin, Monique, Alain Brunet et Line Leblanc. 2006. *Intervention en situation de crise et en contexte traumatique*. Québec : Gaëtan Morin éditeur, 202 p.
- Selye, Hans. 1974. *Stress sans détresse*. Montréal : La Presse. 175 p.
- _____. 1976. *Le stress de ma vie*. Montréal : Alain Stanké. 165 p.
- Sydor, Guy et Pierre Philippot. 1996. « Conséquences psychologiques des massacres de 1994 au Rwanda ». *Santé Mentale au Québec : Virage ambulatoire et les états de stress post-traumatique*, vol. XXI, no. 1, p. 229-245.
- Tarquinio, Cyril et Pascale Tarquinio-Mousel. 2002. « Aspects psychosociaux et culturels du trauma ». *Revue française Stress et Trauma*, vol. 2, no. 3, p. 157-162.

APPENDICE A

LE GUIDE D'ENTREVUE

Une marque d'appréciation est donnée vu le temps que la personne nous accorde pour l'entrevue. Nous résumons les critères et les objectifs de la recherche. Après le consentement signé, nous précisons que l'entrevue comporte un certain nombre de questions auxquelles la personne répondra le plus spontanément possible, selon son vécu et sa compréhension.

Thème 1 : La description de l'événement

Pouvez-vous me parler de l'événement que vous avez vécu ?

Thème 2 : Les liens sociaux avant l'événement (*Sonder les types de relations : travail, amis, études, groupes (ex. : religieux, communautaire, d'aide), intervenants, voisinage, etc.*)

Pouvez-vous me parler de vos relations avec les autres avant l'événement ?

Thème 3 : Les liens sociaux après l'événement

Qu'est-ce qui a changé après l'événement dans vos relations avec les autres ?

Comment le changement s'est-il produit ?

Pouvez-vous me décrire comment vous étiez dans vos relations avec les autres tout de suite après l'événement ?

Comment les autres réagissaient-ils avec vous suite à l'événement ?

Est-ce qu'il y a une personne qui est devenue plus significative pour vous après ?

Thème 4 : Les répercussions sur les liens sociaux : les changements

Pensez-vous que le fait d'avoir été agressé par une personne a eu un impact sur vos relations après l'événement ?

Quelles sont ces répercussions ?

APPENDICE B

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

Je, soussignée(e)
accepte de fournir des renseignements pour la recherche qualitative intitulée : *Les répercussions d'un événement traumatique sur les liens sociaux*. Ma participation consiste à répondre à deux entrevues de questions semi-dirigées pour une durée totale de 90 à 120 minutes, qui seront enregistrées sur cassette audio pour être transcrite et analysée. Je suis informé(e) que les renseignements obtenus lors de cette enquête sont confidentiels, qu'ils ne seront connus que de l'investigateur principal; que toute publication sera sur l'ensemble des personnes interviewées et jamais sur un cas particulier. Le rapport de recherche pourra présenter les résultats ou des extraits d'entrevue, à condition qu'il soit impossible d'identifier qui que ce soit. Après l'analyse des résultats, les données de la recherche seront détruites.

Le principal objectif de la recherche est de comprendre l'état des liens sociaux d'une personne traumatisée par un événement impliquant un contact direct avec une personne. De plus, cela permettra l'enrichissement de l'état des connaissances sur la problématique du traumatisme, afin de contribuer au développement de pistes de réflexions et d'interventions nouvelles pour les pratiques sociales.

Par ailleurs, je reconnais la possibilité de me retirer de l'étude en tout temps pour des motifs dont je serai le seul juge. Enfin, je suis informé (e) que le sous-comité de la maîtrise a approuvé ce projet de recherche et que l'observance de leurs recommandations est une condition indispensable à la réalisation de cette recherche.

J'accepte d'accorder deux entrevues individuelles à Denise Couture, étudiante chercheure responsable à la maîtrise en travail social de l'Université du Québec à Montréal (UQAM).

Signature de l'interviewé(e)

Date

Signature de Denise Couture,
étudiante chercheure responsable

Date

APPENDICE C

SYNTHÈSE DES RÉPERCUSSIONS NÉGATIVES ET POSITIVES SUR LES LIENS SOCIAUX

Tableau 2
Les répercussions négatives sur les liens sociaux

Selon les auteurs à l'étude

<i>RUPTURE SOCIALE</i>	Isolement social (exil intérieur, repli sur soi, pas de contact avec ses semblables) ¹ , le mouvement de donner-recevoir ² , pas d'activités, non retour au travail ³ , exclusion sociale ⁴
<i>FRACTURE DE L'APPAREIL PSYCHIQUE</i>	Niveau de stress ⁵ . intrusion d'une image traumatique, perte de l'usage du langage, sans mot, sans représentation ⁶
<i>ÉMOTIONS CONTRAIGNANTES</i>	Peur (fondement du lien social ⁷), honte, culpabilité ⁸ , haine et vengeance ⁹
<i>PERTES DE CONFIANCE ET DE REPÈRES</i>	Perte de confiance en soi, aux autres, en l'avenir ¹⁰ Perte des repères ¹¹

¹ Jaccard (1975); Figley (1985); Côté (1996); Marchand et al. (1998); Crocq (2000); Maltais et al. (2001, 2005); Lebigot (2002); Morbois et Casalis (2002); Fischer (2003); Roisin (2003).

² Apfeldorfer (2006); Le Bot (2002).

³ Maltais et al. (2001, 2005); Fischer (2003); Roisin (2003).

⁴ Lebigot (2002).

⁵ Selye (1974).

⁶ Côté (1996); Crocq (2000, 2001); Lebigot (2002).

⁷ Le Bot (2002); Roisin (2003).

⁸ Fisher (2003); Roisin (2003).

⁹ Roisin (2003).

¹⁰ Barrois (1988); Beauchemin (2001); Crocq (2001); Lebigot (2002); Fischer (2003); Roisin (2003); Pocreau (2005).

¹¹ Figley (1985, 1986); Fischer (2003); Maltais et al. (2005); Pocreau (2005); Ion (2006).

Tableau 3
Les répercussions positives sur les liens sociaux
(selon les auteurs à l'étude)

<i>RETOUR À SOI</i>	Solitude : être en contact avec soi, ses sentiments profonds, être épanoui dans son imagination créatrice, solitude comme lieu de ressourcement et de reconstruction de soi ¹² .
<i>CAPACITÉS DE REBONDISSEMENT</i>	De reconnaître son propre potentiel avec ses forces, ses croyances, ses attitudes, ses valeurs; de donner un sens à la vie, de se fixer des objectifs et de les atteindre; d'analyser la situation et de pouvoir prendre une distance avec la souffrance; de faire des efforts pour s'adapter et de poser des actions permettant de préserver son intégrité personnelle et de développer des habiletés, tant sociales qu'interpersonnelles; de se reconstruire ¹³ .
<i>RECONSTRUCTION DES LIENS SOCIAUX</i>	Être en lien avec les autres, de participer aux échanges sociaux, inclusion sociale ¹⁴ . Les liens procurent bien-être, évolution et assurent une protection personnelle et sociale devant le stress ¹⁵ , reprise de confiance en les autres, passage de la déliaison à la liaison sociale, reconstruction des liens sociaux ¹⁶ .

¹² Hirigoyen (2007).

¹³ Cyrulnik (1999, 2001); Lecomte (1999); Delage (2001); Fischer (2003).

¹⁴ Le Bot (2002); Apfeldorfer (2006).

¹⁵ Figley (1985); Crocq (2001); Lebigot (2002); Fischer (2003); Maltais (2005).

¹⁶ Roisin (2003).